



SALUD, PREVENCIÓN DE ADICCIONES Y JUVENTUD GITANA EN EUROPA:

Manual y acciones para la práctica dirigido a profesionales de la salud
y de la intervención social



Addiction Prevention within
Roma and Sinti communities



RAZVOJNO
IZOBRAŽEVALNI
CENTER NOVO MESTO



Financiado por:



Equipo de trabajo

AUTORÍA Y EDICIÓN:

FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO
Ahijones, s/n - 28018, Madrid
Tel.: 91 422 09 60; Fax: 91 422 09 61
E-mail: fsg@gitanos.org
Internet: www.gitanos.org

ELABORADO POR:

- Coordinación:

- Departamento de Inclusión Social. Área de Salud: Nuria Rodríguez Derecho.
- Carlos Ancona Valdez.

- PARTE I (Manual para la Práctica):

- Capítulo 1: Carlos Ancona Valdez.
- Capítulos 2 y 3: Begoña Pernas Riaño.
- Capítulo 4: Begoña Pernas Riaño, Carlos Ancona Valdez y Óscar Franco Alonso.

- PARTE II (Acciones para la Práctica):

- Elaborado por Carlos Ancona Valdez.
- Asistencia técnica y apoyo: Óscar Franco Alonso.

DISEÑO Y EDICIÓN DIGITAL: Pardedós

© Fundación Secretariado Gitano (FSG)

Madrid 2013

Serie Materiales Cuadernos Técnicos nº 105

Este documento surge del proyecto ADDICTION PREVENTION WITHIN ROMA AND SINTI COMMUNITIES que ha recibido fondos de la Unión Europea, en el marco del Programa de Salud Pública. Las opiniones expresadas aquí son las de las y los autores individuales y por tanto en ningún caso pueden ser tomadas para reflejar la opinión oficial de la Agencia Ejecutiva de Sanidad y consumo.



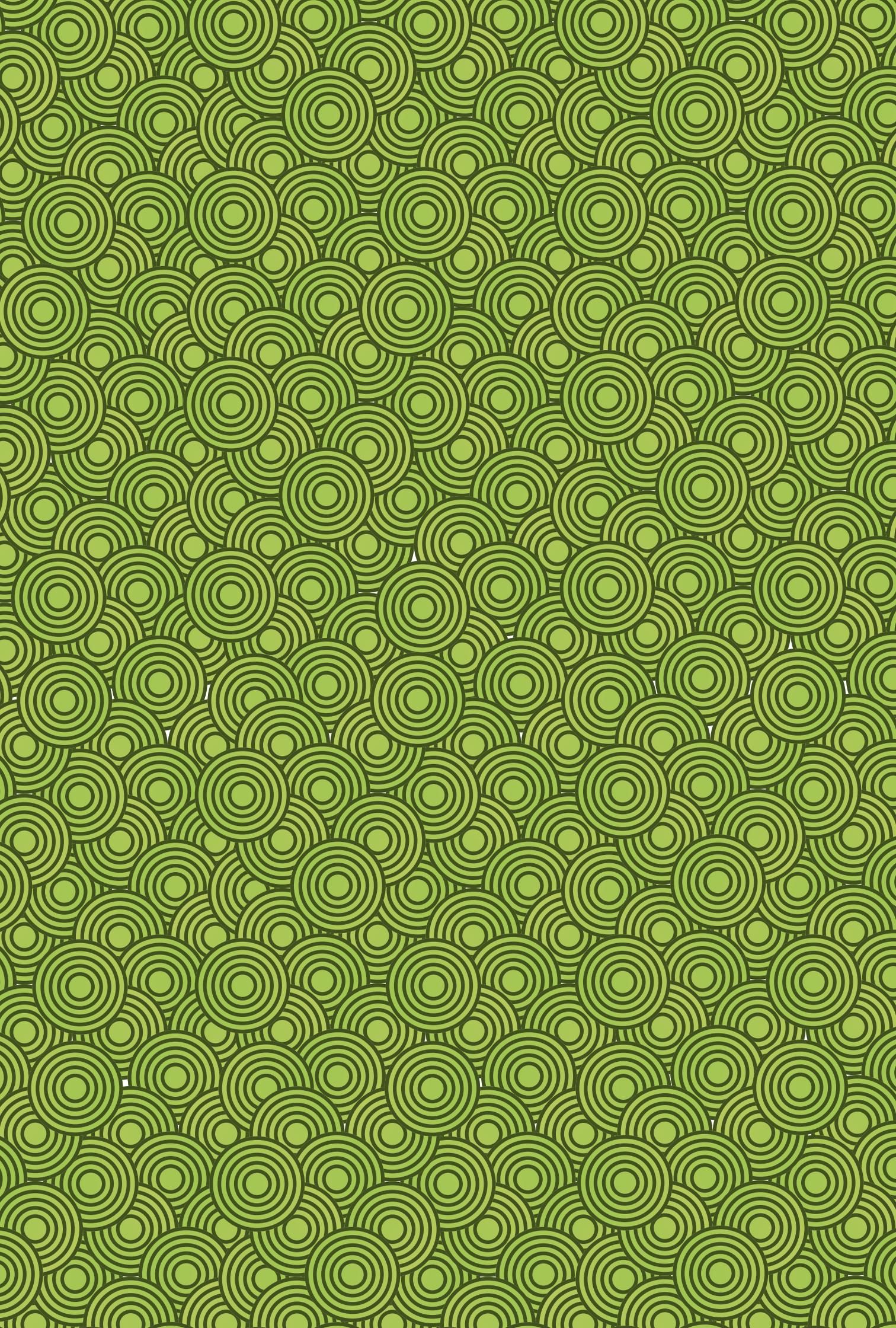
Funded by
the Health Programme
of the European Union

Índice

Presentación	7
PARTE I: UN Manual PARA LA PRÁCTICA	9
1. Introducción	11
2. ¿Cómo nos relacionamos con la población gitana y su juventud? "Partir de lo que sabemos"	13
Idea 1: Las y los gitanos son diferentes, la frontera móvil de la diferencia	14
Idea 2: Las y los gitanos "tienen más problemas"	15
Idea 3: Las y los gitanos "son el problema"	16
2.1. ¿Cómo afectan estas ideas al comportamiento del sistema de salud?	17
3. Aproximación a la cultura gitana en Europa: "Reflexionar sobre esta realidad"	20
3.1. Realidad social de la comunidad gitana	20
Origen y diversidad	20
Una población entre la normalización y la exclusión	20
Estructura social y proceso de transformación	23
El impacto residencial en la identidad gitana	24
Una población joven en proceso de cambio	26
3.2. Elementos socioculturales importantes	27
El papel central de la familia	27
Papel de asociaciones e iglesias	28
El papel de la mujer	29
3.3. La población gitana europea en relación con la salud	30
Breve diagnóstico de la salud	30
Ideas en torno a la salud	31
La comunidad gitana frente al sistema sanitario	33
3.4. Ideas clave en relación con las drogas	35
Rasgos comunes a la juventud europea	35
Rasgos propios de la juventud gitana	36
4. Cómo mejorar nuestra intervención: "Volver a la práctica"	39
4.1. Competencias para el trabajo en salud con población gitana	39
Comunicación y relación empática	39
Desarrollo de actitudes mediadoras y abordaje del conflicto	42
4.2. Incorporación de las características culturales de la población gitana en la práctica sanitaria y en los centros sanitarios	43
4.3. ¿Cómo trabajar la prevención de drogodependencias con la juventud gitana?	46
¿Por qué y para qué prevenir?	47

¿Con quién prevenir?	48
¿Dónde intervenir?	50
¿Cómo intervenir?	51
4.4. Algunos principios para la intervención con la juventud gitana	52
Saber desde dónde se habla	53
Activar los recursos del contexto	53
Proponer metas alcanzables	54
Apoyar los procesos individuales y discutir los procesos sociales	54
Aprender de los márgenes	54
5. Aproximación a la cultura gitana en España	56
5.1. Principales elementos sociodemográficos	56
Transición demográfica	56
Normalización y pobreza	57
Diversidad interna	58
5.2. La salud de la población gitana en España	59
5.3. Juventud gitana y drogas	60
Referencias bibliográficas (Manual para la práctica)	63

PARTE II: ACCIONES PARA LA PRÁCTICA	65
A) Introducción	67
B) Estructura del documento	67
C) Esquema resumen de acciones y sesiones	72
D) Itinerarios formativos	76
BLOQUE 1: ¿Cómo nos relacionamos con la población gitana y su juventud?: "Partir de lo que sabemos"	76
BLOQUE 2: Aproximación a la cultura gitana en Europa: "Reflexionar sobre esta realidad"	87
BLOQUE 3: Cómo mejorar nuestra intervención, "Volver a la práctica"	98
Referencias bibliográficas (Acciones para la práctica)	106
Materiales y recursos complementarios	106
ANEXOS	107
ANEXO: Actitudes mediadoras y abordaje del conflicto	109
ANEXO: Análisis de la noticia de prensa	111
ANEXO: Árbol social	115
ANEXO: Cómo nos relacionamos con la población gitana y su juventud	117
ANEXO: Comportamiento del sistema sanitario	119
ANEXO: Comunicación y relación empática	121
ANEXO: Determinantes de la salud	123
ANEXO: Ficha de evaluación	125
ANEXO: Incorporar a la práctica sanitaria	127
ANEXO: Introducción a la formación	131
ANEXO: Los Roma/gitanos en Europa, un poco de historia	133
ANEXO: Presentación del manual	139
ANEXO: Realidad social y elementos socioculturales	141
ANEXO: Relación con la salud	145
ANEXO: Relación con las drogas	149
ANEXO: Técnica DAFO	151
ANEXO: Test de los estereotipos y respuestas	153



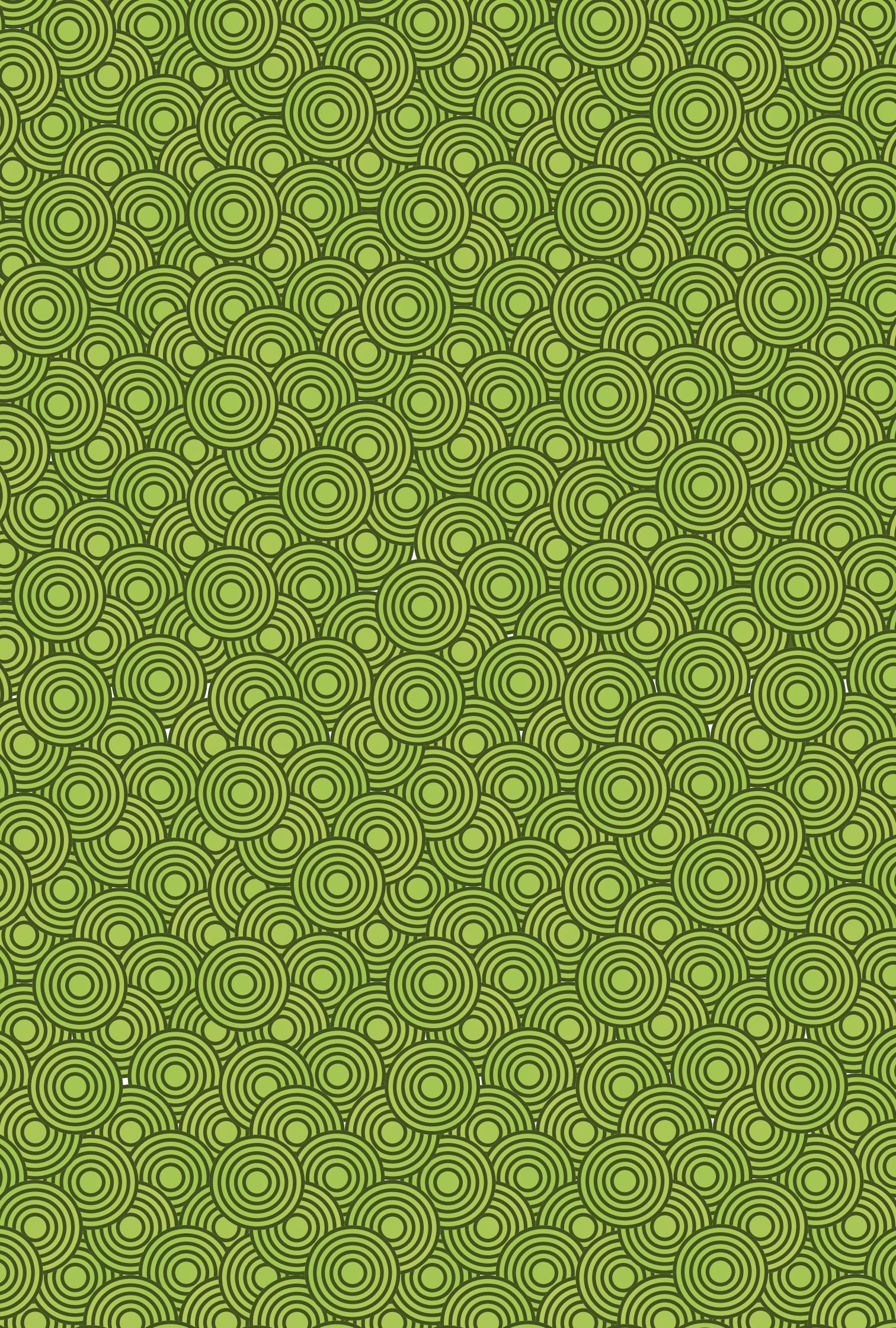
Presentación

La elaboración de este manual se encuentra enmarcado dentro del proyecto europeo SRAP Prevención de adicciones entre la comunidad gitana (*Addiction prevention within Roma and Sinti communities*), financiado con fondos de la Agencia Ejecutiva de Salud y Consumidores de la Unión Europea. Liderado por el Ayuntamiento de Bolonia y diez organizaciones más, el objetivo general de este proyecto es contribuir a la prevención y reducción del uso/abuso de sustancias legales o ilegales entre las jóvenes gitanas y gitanos.

Por su parte, la Fundación Secretariado Gitano, dada su trayectoria en el ámbito de la actuación con los servicios sanitarios, es responsable de uno de los paquetes de trabajo de este proyecto: *Mejora de la capacidad de los servicios de salud y adicciones*. El resultado es este manual de trabajo que establece una serie de propuestas de actuación orientadas a corregir desigualdades existentes en relación con el acceso de la población gitana al sistema público de salud.

Durante todo el proceso de desarrollo del proyecto hemos contado con el apoyo del Plan Nacional sobre Drogas que además financia la publicación de este documento.







PARTE I:
UN MANUAL PARA LA PRÁCTICA





1. Introducción

La comunidad gitana en Europa presenta una gran diversidad. Sin embargo, en general, su situación social y económica es más deficitaria que el promedio de la población, lo que influye fuertemente en un peor estado de salud. Asimismo, su salud también es afectada por los prejuicios y la discriminación que han padecido históricamente y que siguen existiendo, situaciones donde los sistemas sanitarios europeos y sus profesionales también están implicados.

El fin último de este manual es el de contribuir a eliminar las barreras a las que se enfrenta la comunidad gitana en Europa en el acceso a los servicios de salud y adicciones y de esta forma incidir en la reducción las desigualdades en salud que padece. La forma en que se pretende lograr este fin es ofrecer a los y las profesionales de la salud que trabajan con la comunidad gitana información práctica que les permita conocer y comprender las especificidades de esta cultura, en particular su relación con la salud y las drogas, así como de herramientas que les posibilite mejorar sus habilidades para trabajar con la comunidad gitana y su juventud.

La población beneficiaria de este manual es la población joven gitana, que por sus características propias, situamos entre los 11 y los 25 años. Sin embargo este manual también busca incidir en toda la comunidad gitana, en aspectos de la salud en general y en el tema de las adicciones en particular.

Está dirigido a las y los profesionales de la salud que trabajan en centros de atención primaria, en centros hospitalarios y servicios de urgencia, así como en centros de atención y/o prevención de consumos de sustancias.

Propuesta metodológica y forma de elaboración

Es un manual en el que se presenta un marco teórico que sustenta la propuesta práctica que se ofrecerá para trabajar con las y los profesionales de la salud. La metodología se basa en una propuesta dialéctica, que parte de los conocimientos, la práctica y la concepción que tienen las y los profesionales de la salud con relación a la comunidad gitana (principalmente su juventud), su salud y las drogas. De ahí se pasa a reflexionar y profundizar sobre su realidad social, su cultura y la relación que se establece con su salud y las drogas; y por último, al tener una mayor comprensión de esta realidad, intentar ofrecer elementos para mejorar su práctica sociosanitaria y facilitar el acceso de la comunidad gitana al sistema sanitario.

La propuesta completa consta de dos partes integradas: la primera, **Manual para la Práctica**, que contiene los contenidos básicos; la segunda, **Acciones para la Práctica**, donde se presenta una propuesta didáctica, con la que se pueda trabajar grupalmente los contenidos con las y los profesionales de la Salud.

La **estructura** del manual coincide con la metodología propuesta:

1. Una primera que parte "de lo que se sabe", "de lo que se habla", "de la práctica sanitaria" en relación a la población gitana, basándonos en estudios e informes que existen al respecto; así como de la forma en que estas ideas afectan a los sistemas de salud.
2. Una segunda en la que se ofrecen datos sobre la realidad social de la comunidad gitana en Europa, de elementos socioculturales claves, así como de algunas ideas fundamentales en su relación con la salud y las drogas.
3. La tercera, "volver a la práctica", que ofrece herramientas prácticas y teóricas para incorporar las situaciones socioculturales de la comunidad gitana en los sistemas sanitarios y la práctica de sus profesionales, así como en el diseño de programas de prevención de drogodependencias con la juventud gitana.



Para elaborar este manual se ha consultado la bibliografía existente en las materias de: prevención de drogas, población gitana y salud. Se han realizado entrevistas con profesionales que trabajan habitualmente en estos ámbitos. Por último, se han contrastado los contenidos y la propuesta metodológica con un **comité asesor** compuesto por personal técnico experto que ha permitido completar y validar el manual¹.

1.- En inglés: Local Stakeholder Advisory Committee. En el manual se han incluido las aportaciones realizadas por las y los integrantes de este Comité asesor. Piedad Perea Cañizares – *Técnica de Intervención Social en la Cañada Real Galiana (Madrid)* - FSG. Josefa García Cuerva Gómez – *Trabajadora Social del Centro de Salud "El Espinillo" (Villaverde - Madrid)*. José M^a Peñas Pascual – *Director del Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID Sur - Ayuntamiento de Madrid)*. Fernando García García – *Técnico de Intervención Social en proyectos de Salud (Madrid)* – FSG. Yolanda Nieves Martín - *Consultora en el departamento de Innovación de la Fundación Atenea (Madrid)*.

2. ¿Cómo nos relacionamos con la población gitana y su juventud? "Partir de lo que sabemos"

Para mejorar la atención de la juventud gitana en materia de salud y prevención de drogodependencias, uno de los elementos clave es la calidad de la relación y el acercamiento entre la comunidad sanitaria y la población gitana en Europa. De ahí que la primera pregunta que nos debemos hacer y el punto de partida de esta reflexión sea: *¿Qué sabemos de la población gitana?*

Desde luego, conocemos a personas gitanas, las vemos en la consulta, en la unidad del hospital o en los recursos en los que trabajamos. Nuestra posición, en los sistemas de salud o de atención social, nos expone al contacto con toda la población y nos obliga a una interrelación continua, que puede ser fluida, indiferente o conflictiva. Incluso si no conocemos personalmente a ninguna persona gitana podemos hablar de ellas. Nuestra propia cultura está llena de ideas, juicios y emociones relacionadas con la población gitana, como minoría importante, cercana y a la vez extraña o diferente: admiración, curiosidad, temor, desprecio, irritación. No es un tema que nos deje indiferentes, puesto que el juego entre mayoría y minoría, en cualquier contexto, es un juego serio y lleno de consecuencias.

La comunidad gitana está expuesta, como minoría social, a la opinión que sobre ella se vierte. La imagen que les devuelve la sociedad es deformada pero no pueden escapar de ella porque se la encuentran a cada paso. Ese "ser hablado por otros" es precisamente el rasgo esencial de pertenecer a una minoría. ¿Qué se habla, entonces, de las y los gitanos? Los estudios sobre actitudes sociales demuestran que la forma en que la sociedad se enfrenta a la población gitana se basa en tres ideas preconcebidas, que a veces se encadenan en una progresión:

Idea 1: Las y los gitanos son diferentes.

Idea 2: Las y los gitanos tienen más problemas.

Idea 3: Las y los gitanos son el problema.

Estas ideas, aparentemente objetivas, arrastran visiones, modifican actitudes y acarrear reacciones en nuestro propio comportamiento y en el del otro. Todo ello afecta a nuestro trabajo, expectativas o forma de trato. Es agudamente percibido por la juventud gitana. Merece la pena examinar con mayor profundidad estas tres cuestiones.

Idea 1: Las y los gitanos son diferentes, la frontera móvil de la diferencia

Diferente es una palabra poco peligrosa, incluso atractiva. En una sociedad de masas, ser diferente puede significar distinguirse. Sin embargo, sabemos que puede ser también una forma de designar, clasificar y discriminar. Es decir, elegir un rasgo (la etnia, por ejemplo) y convertirlo en una frontera entre lo nuestro y lo otro. La mayor virtud de la diferencia es su indeterminación: es elástica y puede promover admiración o exclusión.

En el caso de la población gitana, históricamente ha creado exclusiones: legales, residenciales, laborales y económicas. Derechos menguantes, ciudadanía débil, acceso menor a los recursos sociales, rechazo social y violencia, sobre representación en los espacios sociales de la exclusión, lo que incluye los problemas de salud. La respuesta de la comunidad gitana ha variado en cada momento y región, pero en general ha consistido en una mezcla compleja de adaptación a las circunstancias y defensa de los elementos nucleares de su cultura.

¿Qué diferencias solemos atribuir a las y los gitanos?

Normalmente se nombran 3 grandes tipos de diferencias:

- 1. Culturales:** Pensamos que tienen una cultura propia, lo que interpretamos como una serie de rasgos y valores determinados, más o menos estables y uniformes. Estos pueden idealizarse o rechazarse, normalmente ambas cosas. Se producen contrastes exagerados: puede considerarse una sociedad más tradicional y "atrasada", más rural, menos alfabetizada, más cerrada a los cambios; pero también más cohesionada, más alegre, menos individualista o materialista.

También la consideramos una sociedad con rasgos culturales y demográficos diferenciados: importancia de la familia extensa, preferencia por el matrimonio entre ellas y ellos y a veces entre parientes, roles establecidos y jerárquicos para género y generación, forma de asentamiento y residencia, oficios antiguos y nuevos. Todos ellos configuran un universo cultural específico.

Estos rasgos existen, pero como veremos, no son ni universales ni estáticos. Tampoco tienen el mismo peso ni están ineludiblemente unidos. Como en cualquier cultura, existe un marco histórico que da estabilidad, pero también está presente la capacidad de seleccionar o transformar unos rasgos o abandonar otros.

La cultura es el sentido colectivo que damos a nuestras acciones. Por lo tanto, nosotras y nosotros también somos "seres de cultura" y no existen culturas más o menos avanzadas o estáticas, sino una adaptación y creatividad dentro de los marcos culturales. La cultura de un grupo es siempre pragmática, es decir, ayuda a vivir a sus miembros en una situación concreta, a

interpretarla y a dotar de sentido a sus vidas. Esto no significa que no entre en conflicto con otros intereses o que no pueda estar en crisis.

- 2. Socioeconómicas.** La segunda diferencia que se percibe y atribuye a las y los gitanos es socioeconómica, sin que se distinga bien, en el discurso mayoritario, de la diferencia cultural. Son vistos como más pobres y menos integrados, es decir, tienen peor acceso a los bienes de la sociedad. Viven en los márgenes. La idea de margen es muy poderosa: es una metáfora espacial que se corresponde con el emplazamiento de ciertos asentamientos o barrios en los bordes de las ciudades o pueblos, traducida en metáfora social. Los márgenes son donde no llega la norma, la ley o las redes sociales de las que formamos parte. Es el lugar donde no queremos estar.

La pobreza no se percibe como un rasgo simplemente económico. No es la pobreza de la clase trabajadora o la digna pobreza antigua, la que implicaba vivir con pocas cosas. Es una pobreza sospechosa de querer perpetuarse o de existir porque las personas no hacen nada para cambiar, porque es su cultura lo que les lleva a esa situación en el margen. De ahí que la riqueza gitana sea también, como la pobreza, sospechosa. Cultura y pobreza se mezclan de una forma que ata a las y los gitanos a su propio destino. Esta imagen ignora, una vez más, el cambio social y las grandes diferencias internas y de estatus entre personas gitanas.

- 3. Morales:** No hay visión del "otro" sin carga ética, ser diferente es ser mejor o ser peor. El viejo racismo consideraba a la población gitana no solo culturalmente diferente y socialmente atrasada, sino básicamente poco de fiar, personas tramposas, vagas o peligrosas para el orden. Este repertorio tradicional ha cambiado con la sociedad urbana y el rechazo público del racismo. Los defectos morales son ahora de otro tipo: son dependientes, abusan de los servicios o prestaciones, son machistas, personas poco educadas, no quieren integrarse. El lenguaje de la modernidad (los valores que queremos atribuirnos como sociedad) se reflejan de forma invertida: una sociedad que se dice avanzada, de personas autónomas, iguales y en progreso se mira en el espejo deformado de sus márgenes.

Idea 2: Las y los gitanos "tienen más problemas"

El segundo rasgo o juicio presente en nuestra relación con las y los gitanos es que tienen más problemas que el resto. Sin duda una gran parte de la población gitana europea vive en la pobreza y es objeto de discriminación. La realidad muestra que tienen menor renta y peores condiciones de vivienda, empleo, educación o salud. Pero hay que distinguir los problemas concretos, fruto de una estructura desigual, de los generados por la discriminación o de aquellos que son exagerados o inventados.

Sin duda, hay una gran parte de la población gitana vulnerable, "expuesta a desventajas y a desigualdades". Estas desigualdades se suman y refuerzan: la mayor parte de las y los gitanos en Europa tienen menos empleos formales y menos propiedades; viven en lugares peores y en viviendas precarias, acceden a

menos protección y recursos. Su participación social y presencia en los lugares de poder o prestigio es menor. Sus redes sociales son limitadas y en algunas regiones su vida transcurre en espacios segregados (o marginales). Todas estas condiciones tienen impactos sobre la salud y la esperanza de vida, sobre su autoestima y la forma de abordar los problemas.

Pero **la comunidad gitana tiene fortalezas y éstas deben incorporarse al trabajo en salud**: recursos propios, creatividad, formas de cuidado y de consuelo, liderazgos de diverso tipo, bienes sociales y culturales que cualquier acercamiento debería valorar y activar. La desigualdad no implica necesariamente que todos los indicadores sean peores. Pueden tener peor salud en algunos aspectos, pero no necesariamente más problemas de drogodependencias. En este caso, se producen tres condiciones:

- **La relación con el consumo de drogas puede ser diferente.** Los contextos en los que vive la juventud gitana, sus expectativas o sus imágenes sociales, afectan al tipo de consumo y la edad de inicio, lo que se considera adicción, salud y enfermedad. Estas diferencias deben ser consideradas y comprendidas por las y los profesionales, al igual que sucede con cualquier intervención con cualquier grupo social.
- **Los efectos de las drogodependencias sobre la salud pueden ser peores,** porque a veces se suman a otras condiciones económicas o de salud, como el peor acceso a recursos sanitarios, que muchos sean padres y madres muy jóvenes, vivir en entornos donde existe venta de drogas (lo que hace más difícil mantenerse al margen), tener menos posibilidades de ocio y alternativas al consumo, etc.
- **La imagen y la vivencia de la drogodependencia pueden ser peores.** Esto significa que el estigma puede ser más grave, dentro y fuera de la comunidad, multiplicando los problemas asociados a la adicción: exclusión laboral, soledad y ruptura de redes, situaciones de violencia, enfermedades asociadas, etc.

Perseguir un mayor equilibrio social tratando de forma diferente a las personas objeto de desigualdad es una acción que realiza continuamente el estado social (lo hace en su sistema fiscal, de pensiones, de becas..). No por ello atribuye rasgos especiales al colectivo que recibe ese apoyo, ni lo estigmatiza. Pero cuando se refiere a minorías la atención a la diferencia adquiere un tono particular, identitario, que puede llevar a estigmatizar al grupo.

Idea 3: Las y los gitanos “son el problema”

La tercera idea es un paso lógico que damos muchas veces cuando pensamos en grupos “diferentes”, es decir, que no pertenecen a la cultura mayoritaria. **Es común pasar de la idea de “vulnerabilidad” a la idea de “peligro”**. Por ejemplo, en epidemiología, los “grupos de riesgo” pueden ser vistos como grupos que exigen una atención o vigilancia especial. No es infrecuente que este foco termine por convertirse en una acusación inconsciente.

Este desplazamiento de “grupo con problemas” a “grupo problemático” se produce también en los sistemas de salud. La idea que aflora en algunos discursos sociales y profesionales es que las y los gitanos son más demandantes, acuden más a los servicios y son peores pacientes. Como pasa a menudo con la población inmigrante, su presencia es más visible. No es infrecuente escuchar que son ruidosos o exigentes, que acuden en grupo a los hospitales, que no atienden a las recomendaciones, que no cumplen las reglas. Se producen los dos efectos que alimentan el prejuicio:

- Considerar negativa una actitud que en el propio grupo es vista como aceptable o incluso positiva, como el acompañamiento familiar en la enfermedad.
- Atribuir a todos y todas el comportamiento, previamente definido como inadecuado, de una parte del colectivo.

De forma más sutil, dos son las acusaciones más frecuentes:

- Abuso. Parte de la idea de que la comunidad gitana no pertenece a lo común, y por lo tanto, no es obvio que merezcan la atención que se les brinda como ciudadanos. En lugar de la imagen de un pacto colectivo donde todas las personas tenemos derechos, se dibuja otra imagen donde la mayoría otorga derechos a la minoría pero condicionados a un uso adecuado de los mismos. No es la ley, sino la mayoría quien decide cuándo ese uso no es adecuado y podría retirar esos derechos si el otro abusa de su uso.
- Pasividad. Se relaciona con el sentimiento de que dotar a ciertos grupos de ayudas y prestaciones puede derivar en su dependencia y pasividad. La idea de los “falsos pobres”, personas que viven de las ayudas o que no hacen nada para mejorar su propia vida ha perseguido el trabajo social desde sus orígenes y es una crítica clásica al estado del bienestar. Las y los gitanos responderían, según este discurso, a esta definición: se asume que se les da mucho, se observa que la situación no varía sustancialmente y se les culpa de la falta de progreso.

Los pasos lógicos de esta argumentación no se sostienen, ya que la comunidad gitana, como grupo específico, no recibe más que el resto. En todo caso, han hecho menos uso de ciertos servicios y prestaciones. En otros casos, sin duda se han beneficiado de políticas destinadas, por ejemplo, a erradicar el chabolismo, precisamente porque son las últimas ciudadanas y ciudadanos europeos que viven en infravivienda. Pero la mezcla de irritación con el que no pertenece a la cultura común y de frustración ante nuestra impotencia para cambiar la estructura social provoca que culpemos de su situación a quienes la padecen.

2.1. ¿Cómo afectan estas ideas al comportamiento del sistema de salud?

Estas ideas y sentimientos determinan muchas de las opiniones de la comunidad sanitaria y sus profesionales, así como del resto de la sociedad. Tres son los

efectos clásicos que genera la distancia con otros en el trabajo cotidiano de las y los profesionales:

- **Dificultad de identificación.** Si sentimos que los otros son diferentes tenemos más dificultades para identificarnos con ellos, ponernos en su lugar o generar espacios de comunicación. Los aspectos comunes se oscurecen y ponemos el foco en las diferencias. Así nos llamará la atención la queja o la presión que ejercen muchos pacientes o familias ansiosas, pero lo atribuiremos a un rasgo cultural del grupo. Nuestras expectativas empeoran y nos ponemos a la defensiva ante la población gitana.
- **Defensa a ultranza de la propia cultura.** Esa falta de identificación rompe el trato necesario con el paciente, pero además impide una visión crítica de los propios valores. Parece que solo los otros tienen cultura. Pero el sistema de salud, como poderoso agente público al que pertenecemos, tiene valores, cultura, discurso y poder para imponerlo. Dos ejemplos:
 - **La individualización de la enfermedad** como un asunto completamente privado que cada individuo gestiona y del que se responsabiliza. Se trata de una visión relativamente nueva en la historia, con grandes ventajas en la atención individual y graves problemas, como la soledad en la que deja a cada uno con su enfermedad y su curación. Esto no sucede en la cultura gitana, donde la enfermedad es especialmente sentida por toda la familia, con un fuerte componente emocional.
 - **La separación de cualquier aspecto espiritual** de la salud del cuerpo. Esta desacralización del cuerpo humano, efecto de una sociedad secularizada, no es común a todas las culturas. No será bien comprendida en culturas donde la religión es un ámbito básico, y desde luego es ajena a la experiencia de muchos gitanos evangélicos, para quienes la curación tiene una vertiente moral y espiritual (Comas, 2010).
- **Frustración.** Cuando definimos una cultura o un grupo como más atrasado o con graves problemas, cerramos las puertas al cambio paulatino y la mejora. Nos ponemos en una situación de todo o nada. Entre muchos profesionales que no son gitanos/as, pero trabajan con ellos/as, se plantean dos posturas opuestas:
 - Cambio radical de la cultura y vida gitanas. Algunos discursos plantean que la única forma de resolver los problemas es cambiar sustancialmente las condiciones de vida de la población gitana y las pautas culturales que impiden una plena integración.
 - Defensa de su identidad. El otro polo del discurso consiste en exagerar la necesidad de una identidad fuerte gitana, política o social, segregada. Que ellos determinen su vida, tengan sus oficios, vivan en sus barrios, mantengan su idioma y valores, etc. El descrédito de la idea de "asimilación" colabora con esta idealización de la diferencia.

Ambas posturas no son baladíes, cambian las actitudes y han determinado en el pasado políticas públicas y decisiones de las administraciones que han tenido fuertes efectos sobre la población gitana. Su problema es la simplificación y no respetar el cambio del otro:

- Simplificación porque se quiere resolver de una vez problemas y conflictos donde no caben atajos. La única vía es elegir continuamente la mejor postura moral, lo que es comprometido al tiempo que difícil.
- Falta de respeto a la posibilidad del cambio, porque ignora u olvida que el cambio en los grupos con menos poder está determinado por sus propias decisiones, pero en un marco de condiciones adversas y de complejidad, cambiar sin perder la seguridad y el orgullo del propio grupo es muy difícil.

Cuando se trabaja con minorías, la atención a la diferencia adquiere un tono particular e identitario. Esta diferencia cultural justifica una intervención adaptada o sensible a las especificidades de la población gitana, donde la incorporación de los elementos clave que caracterizan a cada grupo o individuo nos permitirá realizar una intervención más adecuada y eficiente; en definitiva, una intervención de mayor calidad. Esto para el profesional de salud no significa trabajar más, sino incorporar nuevos conceptos, formas diferentes de observar la realidad, nuevas metodologías de intervención, que les permitan cumplir mejor sus funciones, obteniendo mejores resultados en su trabajo cotidiano y reduciendo la posibilidad de aparición de conflictos (García, 2006).

3. Aproximación a la cultura gitana en Europa: “Reflexionar sobre esta realidad”

Si en el anterior capítulo hemos abordado algunas de las metáforas que circulan en relación con la población gitana, en este se ofrecen algunas pautas, datos e ideas para una mejor comprensión de su realidad:

- Panorama general sobre la realidad social de la comunidad gitana y algunos elementos socioculturales destacados.
- Ideas fundamentales sobre su relación con la salud.
- De forma más específica, se planteará lo que conocemos sobre la relación de la juventud gitana y el consumo de drogas.

3.1. Realidad social de la comunidad gitana

Origen y diversidad

Las y los gitanos europeos, presentes en el continente desde el siglo XV, emigraron desde un origen común (la región del Punjab en la India) y se dispersaron en diferentes oleadas en diversos lugares. Esta ha sido una de las principales causas de la gran diversidad interna existente dentro de la población gitana, lo que ha hecho hablar a los antropólogos de “archipiélago de grupos”. Cada grupo se adaptó a la cultura y lengua del país o región donde se asentaron.

Se cristianizaron y se convirtieron en vecinos de las poblaciones rurales o urbanas, salvo en aquellos lugares donde no les fue permitido el asentamiento o eligieron mantener un grado de nomadismo, caso de los *travellers* o *gens du voyage*.

Por lo tanto, es difícil ofrecer una descripción general para toda Europa más allá de un rasgo común: aceptación de su presencia y rechazo o persecución que ha sufrido la comunidad gitana históricamente y que explica en gran medida su situación actual.

Una población entre la normalización y la exclusión

Estos procesos de asentamiento tienen una gran variabilidad: desde la integración casi normal de las familias y de sus oficios en la vida cotidiana de cada región, hasta prohibiciones, leyes o violencias racistas (algunas genocidas) que buscaban su asimilación o segregación, cuando no su destrucción, a partir de las tendencias políticas de cada período y país.

La dureza de esta situación ha provocado que en muchos lugares de Europa la comunidad gitana sea la población más pobre y con mayores problemas de salud, vivienda o empleo, en relación al resto de grupos sociales.

En cuanto a la situación económica, educación y empleo, es necesario hablar de disparidad en Europa y de algunos rasgos comunes que se analizan a continuación.

Déficit formativo y educativo

Los avances en educación han sido intensos y a la vez insuficientes. En muchos países, pero no en todos, puede hablarse de escolarización completa en primaria, lo que es un logro enorme comparado con cifras anteriores de analfabetismo. Pero continúa siendo un claro déficit si se mide con las exigencias de la sociedad actual y se compara con el resto de grupos sociales (FSG Health Area, 2009):

- Entre las y los gitanos mayores de 15 años, un 43% no tiene estudios y solamente el 32% primarios. Las cifras de adultos sin estudios superan el 60% en los países del Sur de Europa, frente a los países del Este donde el esfuerzo en educación fue durante muchos años más general y sostenido.
- Por el contrario, en los últimos años, los esfuerzos de países como España por la escolarización universal han dado resultados, especialmente en educación primaria y en los años de escolaridad no obligatoria. Los avances se han estancado en otras regiones europeas.
- La gran barrera sigue estando en el paso a las enseñanzas secundarias. Entre los jóvenes de 15 a 24 años, solo un 17% es estudiante, frente al 60% de la población europea. Las y los universitarios gitanos siguen siendo una minoría.

A esto habría que unir el hecho de que muchos niños y jóvenes gitanos y gitanas se han educado en condiciones de segregación, ya sea en escuelas especiales, escuelas normales (pero donde son mayoría) o en aulas o sistemas de enseñanza no diseñados para población gitana, pero que acaban siendo el destino de las minorías. Una experiencia educativa que no favorece la confianza entre grupos sociales ni la posterior integración y que afecta al trabajo de prevención. El impacto de estos datos sobre el trabajo con jóvenes es grande, por varios motivos:

- Muchas jóvenes gitanas y gitanos (población diana para el trabajo de prevención de drogodependencias) estarán fuera de la escuela, trabajando por su cuenta o con su familia, en paro, muchos de ellos ya con familias propias e hijos.
- Su nivel de estudios será muy bajo, lo que afecta a su posición laboral y social, pero también a los métodos y formas de trabajar con ellos la prevención.
- Habrán tenido por lo general una experiencia escolar breve, complicada o precaria. Su autoestima, expectativas o identidad pueden estar marcadas

por esa experiencia, bien porque ha sido satisfactoria y los ha fortalecido, bien (y será lo más habitual) porque han sentido el estigma del fracaso escolar, la segregación educativa u otras experiencias ingratas.

Su relación con la sociedad, las y los educadores, las administraciones y su autoridad, han podido ser negativas. Desde nuestra posición como actores públicos con autoridad debemos considerar estas experiencias previas si queremos establecer una comunicación fructífera con la juventud gitana.

Peor acceso al mercado laboral

La población gitana se ha ocupado históricamente de una serie de oficios o actividades artesanales, agrícolas o de servicios, que fueron trastocados por la urbanización y el éxodo rural del siglo XX. Tuvieron que crear nuevas fuentes de riqueza y adaptarse a las nuevas condiciones y exigencias del mercado laboral, como algunas tareas típicamente urbanas que no exigen cualificaciones ni capital (la venta ambulante o la recogida de chatarra) y que sustituyeron a los viejos oficios, mientras se mantenía el peonaje agrícola o empleos asalariados como la construcción o la hostelería para una minoría. Un mundo laboral que de nuevo se estrecha hoy en día al regularse e industrializarse esas tareas o aumentar la competencia con otros grupos, donde la formación y especialización es el elemento diferenciador.

La respuesta ha sido diversificar las opciones (a través de la formación y experiencia laboral), pero solo un grupo pequeño ha logrado situarse en posiciones igualitarias en un mercado de trabajo a la vez exigente, competitivo y discriminatorio. El desempleo, la economía familiar más o menos informal según las leyes de cada país, algunas ayudas públicas y la precariedad caracterizan la economía de gran parte del colectivo gitano. Los datos son difíciles de evaluar, pues lo que se llama trabajo y desempleo varía en cada caso y según la metodología empleada. Un joven que ayuda a sus parientes en un negocio de chatarra, una ama de casa que además vende fruta, pueden definirse como activas o como desempleadas. Muchas personas en actividades residuales o poco formalizadas declaran que trabajan, pero eso no significa que no quisieran tener un empleo más seguro y más estable.

En todo caso, los datos muestran siempre altas cifras de población activa entre la población gitana y un elevado desempleo, 23% de media en la encuesta de salud (FSG Health Area, 2009). En otros diagnósticos sus tasas de desempleo son superiores al 50% de la población activa. Estos datos son previos a la crisis económica: en aquellos países donde existen datos posteriores a 2008 se observa que la situación ha empeorado.

Pobreza y exclusión

Se calcula que dos tercios de población gitana europea vive en situación de pobreza. Los datos de la exclusión son diferentes a los de la pobreza pero se suman: más aislados, peores condiciones residenciales y salud. Esto se traduce en que tienen menos posibilidades de transformar sus condiciones materiales.

Las políticas públicas han tenido un gran impacto en la mejora vital de las familias gitanas, pero no han transformado su posición relativa: siguen siendo

“pobres entre los pobres” (Fundación Foessa, 2008). En muchos países del Este de Europa se considera que han sido los perdedores del proceso de democratización y que su situación ha empeorado desde la caída del comunismo al tiempo que el rechazo de las poblaciones mayoritarias aumentaba. La emigración de mucha población gitana de países del Este y los Balcanes hacia Europa Occidental es una de las respuestas a esta situación de pobreza y rechazo social.

Estructura social y proceso de transformación

Este aspecto se repite en manuales e informes europeos, pero hay que abordarlo con rigor para no regresar a las ideas preconcebidas sobre un grupo unitario y evitar la tendencia a asimilar el conjunto con la parte más marginada o más pobre, que a veces es la más visible desde los servicios de salud u otros ámbitos.

Una característica actual de la **comunidad gitana es que se encuentra en un proceso de cambio intenso que algunos autores han llamado “modernización selectiva”** (OSC, 2012). Las y los gitanos se están dotando de herramientas para asumir las exigencias de la vida moderna: urbana, más individualista y competitiva, con mayores exigencias educativas y laborales, más igualitaria en cuanto a género y edad, etc. Y todo ello sin perder cohesión, capacidad de movimiento y sin desintegrarse.

Cambiar sin perder la propia esencia (sin dejar de ser gitanos y gitanas) es un proyecto histórico, complejo y contradictorio. Se vive con muchas tensiones internas, tiene diferentes velocidades, no es unánime. No todos y todas están en el mismo movimiento, no lo están de la misma forma jóvenes y mayores, hombres y mujeres, personas ilustradas y analfabetas. Y no hay una única estrategia sino profundas divisiones.

A grandes rasgos, proponemos tres posturas diferentes ante el cambio de la propia comunidad (Pernas, 2005):

A) Élités y grupos asentados

La característica de una minoría, la población gitana, es que se plantean gobernar el cambio social de su comunidad, bien a través del asociacionismo y la politización, bien a través de nuevos dispositivos de cohesión, como las iglesias evangélicas en muchos países. Su voluntad es lograr una vida “moderna y gitana”, traduciendo sus propios valores y pautas a las necesidades del mundo moderno.

✓ *Ante las adicciones y el consumo de drogas plantean un firme rechazo moral y al mismo tiempo estrategias propias, familiares o comunitarias, para evitar sus efectos, curar a sus víctimas o excluirlas.*

B) Mayoría de las familias gitanas, normalmente pobres, pero no marginales

Es aquí donde se dirime el futuro del cambio social. Muchas son conscientes de encontrarse en una cultura en crisis por la dificultad de una vida gitana en condiciones urbanas y globalizadas. Pero las crisis pueden llevar a una mayor

libertad o aferrarse a los valores más tradicionales. Dos son las estrategias de esta mayoría:

- El cambio individual es elegido por muchas familias que optan por la educación de los hijos e hijas, el modelo de familia nuclear y la planificación familiar, la flexibilidad, apoyándose en los oficios tradicionales y la venta ambulante, en las familias extensas, en las ayudas públicas, pero intentando procesos de movilidad social basados en la educación.
- Otras familias gitanas no ven posibilidad alguna de movilidad y viven la crisis de la propia cultura como un final o una desgracia. El pesimismo de los adultos hace más difícil los intentos de cambio de las y los jóvenes. La melancolía, que es el sentimiento de impotencia ante la propia historia o la del propio pueblo, domina y limita las posibilidades de cambio.

El equilibrio entre estos dos grandes grupos, los que pueden aprovechar el cambio social y los que lo viven con amargura y cierre, depende en gran medida de las verdaderas opciones que ofrezca la sociedad, el racismo percibido y las políticas públicas.

✓ *La idea de salud de estos grupos y la relación con el consumo de drogas está abierta y determinada por esas posturas: puede haber formas asimiladas de comportamiento, para bien y para mal, o sentimientos profundos de fracaso personal ante la modernización que lleven a adicciones perniciosas.*

C) Población en situación de marginación

Familias que viven en entornos segregados o degradados, con economías muy precarias. Su capacidad de cambio está limitada por la falta de relación con el entorno social, la exclusión y sus condicionantes. De este modo pueden mantener o reinventar tradiciones que quisieran cambiar, como las riñas entre parientes o el matrimonio adolescente, mientras que otros aspectos de la cultura más dinámicos y adaptativos no están a su alcance.

El peso y la configuración de los diferentes grupos varían enormemente según los países y regiones de Europa, pero lo anterior, basado en análisis sociológicos, puede servir como guía. Como se verá en siguientes apartados, las actitudes ante la enfermedad, la salud y las drogodependencias tienen mucho que ver con estos procesos de cambio y las ambivalencias y conflictos de las posturas.

✓ *Su relación con la enfermedad y la drogadicción es más traumática y los efectos, peores. Por ejemplo, en muchos casos mantendrán en secreto problemas como la violencia de género o la presencia de VIH en las familias, lo que conduce a una vivencia dolorosa de los problemas sociales.*

El impacto residencial en la identidad gitana

Otro factor a tener en cuenta cuando se trabaja con población gitana, que tiene relación con el apartado anterior, es el lugar de residencia y la vivienda. Como

se comentó en el capítulo anterior, la metáfora de la marginación tiene a veces una traducción espacial concreta y en el caso de la comunidad gitana, en muchas ocasiones sus miembros fueron expulsados o retenidos en los márgenes de los pueblos y ciudades, a veces en los lugares más alejados o insalubres. A continuación resaltamos los procesos relacionados con este factor y la población gitana (FSG Health Area, 2009):

- **Las y los gitanos con mayor estatus viven en los centros de las ciudades o en barrios consolidados.** Sus condiciones de vida son parecidas a las de sus vecinos, teniendo las y los jóvenes problemas comunes de acceso al empleo o a una vivienda independiente. Eso no significa que su identidad sea menos fuerte, al revés. Muchas veces son las familias gitanas con más poder y más integradas (en vivienda y modos de vida) las que más conservan sus valores y determinan su ritmo de acoplamiento con el cambio social.
- Menos de un 4% de la población gitana europea vive en barrios chabolistas, pero casi **un 30% vive en viviendas de escasa calidad o infravivienda.** Nos parece relevante resaltar que la mayoría de la población europea que aún habita en poblados chabolistas son de etnia gitana.

La lejanía simbólica y física de la ciudad, así como un acceso menor a los derechos que otorga la ciudadanía, revela una deliberada exclusión y discriminación. Muchas veces en los lugares segregados surgen rasgos “culturales” que no son tradicionales (de la cultura gitana), sino adaptativos y desmoralizadores, como pueden ser el matrimonio adolescente, las peleas entre parientes o la venta de drogas.

- En muchos casos, las familias gitanas han sido **realojadas en vivienda pública** y su situación residencial depende en gran medida del momento histórico y la forma en que se concibieron y ejecutaron dichos realojos. Pueden vivir en pisos, dispersos entre la población (normalmente en barrios obreros), o bien habitar en barrios específicos. Muchas gitanas y gitanos europeos viven en barrios separados de las ciudades y muy deficitarios en servicios, lo que afecta a su salud.

Quienes viven de esta forma representan un 22% del total, pero en algunos países y regiones suponen casi la mitad de las familias gitanas. Algunos barrios así concebidos han sufrido un gran deterioro por la mala calidad de la vivienda y los servicios, por la segregación espacial que conlleva establecer a familias muy diferentes juntas y aisladas del resto y por el hecho de ser gitanas.

Los barrios y el entorno residencial, la presencia de personas diferentes o de iguales, la sensación de movilidad o exclusión social, la intervención del Estado (y sus prestaciones sociales) y la calidad de los espacios públicos, son fenómenos que afectan enormemente a las poblaciones. Se pueden producir procesos o círculos viciosos de degradación ambiental y/o social. Si muchas personas con situaciones similares de empleo o de educación viven juntas y separadas del resto, es posible que aparezcan problemas específicos de salud y una desmoralización general, pero también tendencias al refuerzo identitario y a la utilización de la posición

marginal. Si en el barrio no entran inversiones, ni hay comercio, ni oportunidades de empleo, es posible que sí entren las redes de venta de determinadas drogas ilegales. Esto puede llevar a una peor fama y ruptura interna, exponer a la juventud al consumo o crear determinados prejuicios o estereotipos.

Pero en otros entornos urbanos, en pisos estandarizados y en barrios mixtos, también pueden darse graves problemas sociales y de salud no tan visibles. De ahí que conocer las dinámicas sociales, la relación de las y los vecinos con su barrio, los conflictos entre grupos, las tendencias a la movilidad o la degradación, las pautas del ocio juvenil, sea importante para entender cómo se sienten las y los jóvenes y cómo se ven a sí mismos; así como el papel que juegan las drogas en esos procesos.

Una población joven en proceso de cambio

La edad media de las y los gitanos europeos está en torno a los 25 años, frente a los 40 años de la población total. Hay muchos más niños/as y jóvenes, son menos los mayores de 65 años y su esperanza de vida es menor que la del conjunto. Esto tiene un gran impacto en la tasa de dependencia, es decir, la proporción de personas inactivas (menores de 15 y mayores de 65) en una población dada. Entre la población gitana los dependientes son 62 de cada 100, frente a 48 de cada cien de la población total europea (FSG Health Area, 2009).

Las implicaciones son muy interesantes: mientras que los recursos y preocupaciones de las sociedades europeas se orientan cada vez más hacia los mayores, en salud o servicios sociales, en prestaciones y cultura, la **población gitana necesita especialmente recursos para jóvenes y una fuerte inversión en educación, empleo y ocio**. En este sentido, el trabajo de prevención en drogas y otras tareas relacionadas con estilos de vida es factor esencial para la salud futura del grupo.

Los cambios generacionales implican otras cosas. Los obstáculos que encuentra la juventud gitana siguen existiendo y pueden ser más dolorosos en una sociedad que se dice igualitaria. Están alfabetizados pero sus niveles educativos son muy inferiores a los de la población general, conocen un gran desempleo, el difícil acceso a una vivienda y una persistente discriminación. Siguen siendo pobres, pero su pobreza, más urbana e individualizada, se vive de otra forma. Pueden sentirse, como otros muchos jóvenes de los barrios de las ciudades europeas, separados de los flujos de capital, información y consumo, olvidados por la globalización y el Estado. La respuesta ante esta situación puede ser reinventar una identidad propia o de grupo, buscar vías de movilidad individual o familiar, algunas basadas en el camuflaje (pasar por no gitano) para evitar el racismo, o bien refugiarse en el escapismo o la frustración. Dilemas que se muestran ante nuestros ojos en estos momentos y en los que la salud y las adicciones juegan un destacado papel.

Además, en la población gitana adolescente se produce una **disonancia** que a veces le confunde y desorienta, ya que se encuentra encorsetada entre las normas de la cultura gitana y la de la cultura mayoritaria, que no siente propias y que a veces transgrede. Han de vivir con unas reglas que pueden percibir como anticuadas y otras sienten que no les pertenecen (Santolaya Ochando, 2008).

Otro elemento destacado es la existencia de un **reconocimiento de la mayoría de edad a edades muy tempranas**. El grado de autonomía que se otorga a las y los adolescentes choca con la prematura edad a la que se pide que lo asuman. Esto también implica que se tengan que incorporar antes al mercado laboral o que asuman responsabilidades para las que tal vez no están preparados.

3.2. Elementos socioculturales importantes

A continuación se presentan algunos factores socioculturales relacionados con la comunidad gitana y la salud. Estos elementos hay que contextualizarlos dentro de una comunidad heterogénea y en proceso de transformación.

El papel central de la familia

La familia es el eje de su organización social, sobre el que se articulan y desarrollan las relaciones sociales y personales, existiendo en muchos casos una **prevalencia del grupo o familia frente a la individualidad** (García, 2006).

La cultura gitana es tradicionalmente pro natalista, ocupando el **matrimonio y la paternidad y maternidad** un lugar muy importante en la vida de las personas: ser padre o madre es el paso fundamental en el tránsito a la vida adulta y un papel relevante en la comunidad. Es también la forma de enlazar con una red familiar que ha sido básica para la supervivencia del grupo.

Además, el matrimonio y el número de hijas e hijos son elementos clave en el estatus de las familias, reforzando su poder o su prestigio, su acceso a la riqueza o a las fuentes de empleo (Gamella, 2000a). Y dentro de la familia, el propio estatus está marcado por el sexo (con la autoridad de los varones pero sin olvidar el gran poder doméstico de las mujeres) y la edad (aumentando la influencia según aumenta la edad de la persona que ha cumplido su papel en el grupo, obteniendo a cambio cuidado y respeto).

Esta vocación natalista, unida a la necesidad de contraer el matrimonio dentro de la propia comunidad y con familias de confianza que mejoren la posición del grupo familiar, implica que el matrimonio sea temprano y se produzca en muchas ocasiones con personas conocidas, a menudo con parientes.

Dentro de este marco común, las y los expertos hablan de **grandes cambios en las estrategias matrimoniales** de la población gitana, siendo el rasgo básico la diversidad. En algunos entornos han podido aumentar los matrimonios adolescentes, muchas veces en contra de la opinión de las familias, pero también hay más parejas que retrasan la unión, más personas solteras y matrimonios mixtos (con no gitanos/as). El papel de la familia extensa también varía: forman familias nucleares con hogares independientes, aunque la importancia de los parientes y su valor como red de seguridad material y simbólica se mantenga.

Todo esto debe **matizarse según las regiones, el nivel de vida y el acceso a la vivienda**. Lo que puede parecer una opción cultural, vivir con los padres del

esposo, puede que en muchas ocasiones sea una respuesta a la falta de viviendas asequibles para parejas jóvenes (y la imposibilidad de independizarse).

Al mismo tiempo, la población gitana ha realizado o está realizando una **transición demográfica** en los últimos años. La reducción de la mortalidad (sobre todo infantil) y el aumento de la esperanza de vida, llevan primero a un aumento de la población y después a una reducción de la natalidad, con la extensión de los métodos de planificación familiar. El tamaño actual de los hogares gitanos sigue siendo mayor que la media de los hogares en Europa: 4,49 personas frente a 2,48, pero esto oculta grandes diferencias entre países y una tendencia observada a la reducción del tamaño de las familias (FSG Health Area, 2009).

Esto supone una población en crecimiento, más numerosa que en otros momentos de la historia (se calcula en torno a los diez millones de personas) y más joven que la población europea.

- ✓ *Papel central de la familia como eje de organización social.*
- ✓ *Prevalencia del grupo frente la individualidad.*
- ✓ *Familias extensas y numerosas.*
- ✓ *Roles muy marcados, por sexo y edad.*
- ✓ *Matrimonios tempranos.*
- ✓ *Actuales procesos de cambio: matrimonios más tardíos, transformación del papel de la mujer y jóvenes*

Papel de asociaciones e iglesias

Las asociaciones e iglesias tienen un peso específico dentro de la comunidad gitana, constituyéndose en un espacio alternativo para el apoyo grupal y la resolución de conflictos. Al ser espacios de referencia dentro de la comunidad, son interlocutores muy válidos en el trabajo con la población gitana. Estos actores pueden servir como factores de protección al ser emisoras de normas y conductas relacionadas con la salud (García, 2006).

Es importante considerar el papel que las diferentes Iglesias han tenido en la historia de la comunidad gitana en Europa, su cristianización y su resistencia a algunas normas en torno a la familia y el matrimonio. Pero también hay que reconocer la influencia de iglesias modernas evangelistas cuyo impacto en algunos de los países ha sido enorme y muy rápido.

Una iglesia "gitana" puede ser una de las herramientas elegidas para consolidar una identidad adaptada a la vida moderna, con límites morales claros que favorezcan las transformaciones internas, pero también el asentamiento de una identidad tradicionalista. Otros gitanos y gitanas elegirán el asociacionismo y el activismo político o cívico como formas de transformación propia y del contexto social. Son procesos muy dinámicos que es necesario conocer por su estrecha relación con los hábitos de vida y la salud.

- ✓ *Papel destacado de iglesias y asociaciones en la comunidad gitana.*
- ✓ *Interlocutores válidos en el trabajo con población gitana.*

El papel de la mujer

Las mujeres gitanas desarrollan un papel clave dentro de su comunidad. Ejercen de educadoras, cuidadoras de niños/as y mayores y son las transmisoras de las normas y valores de la cultura gitana (García, 2006).

Cada vez son más las mujeres que han pasado de realizar única y exclusivamente las tareas del hogar y cuidado de los hijos e hijas a trabajar en el mercado laboral o asumir otros roles que antes se asignaban a los varones. El impacto de la educación, los cambios demográficos, las tecnologías de la información o la vida urbana han impulsado procesos de transformación culturales intensos y ambivalentes que se reflejan de forma particular en la población gitana más joven, pero también en las mujeres.

Al mismo tiempo, una natalidad que tiende a reducirse implica familias más pequeñas, una nueva posición de las y los hijos y del valor de la educación, así como una nueva relación entre los sexos, pues las mujeres ya no viven dedicadas a la maternidad y su potencial aumenta al tener más tiempo y mejor salud.

Algunos estudios muestran que la mujer es el factor más importante que explica en la población gitana la adopción de valores de cambio. Es también el núcleo de la cultura, donde se juega gran parte de su futuro. La pureza de las *mozas* y su valor para el estatus de las familias es un factor básico de integración simbólica y de pervivencia del grupo, por lo que está sometido a fuertes controles y a presiones. De este modo, aunque tanto los chicos como las chicas gitanas abandonan frecuentemente los estudios en la pubertad, lo hacen por distintos motivos. El temor al rumor y el deseo de mantener a salvo a las jóvenes juega un papel importante a considerar si se trabaja con mujeres gitanas.

También hay que considerar en el trabajo con las jóvenes, que hasta hace poco tenían trazado un camino muy marcado por su familia, y sin embargo estos caminos se están desdibujando. Esto provoca que muchas veces se encuentren en tierra de nadie y no tengan modelos de referencia positivos (MSC-FSG, 2008).

Las mujeres gitanas han sido el motor de cambio en muchas circunstancias y su potencia e influencia puede ser y ha sido utilizada en muchas políticas públicas. Pero se encuentran en una posición difícil, con todos los ojos puestos en ellas, por así decirlo, y no hay que aumentar ni precipitar la presión que sienten, sino respetar sus tiempos y sus estrategias.

- ✓ *La mujer gitana como transmisora de las normas y valores de su comunidad.*
- ✓ *Sobreprotección de las jóvenes gitanas.*
- ✓ *Nuevos roles de la mujer, procesos de cambio.*
- ✓ *Ausencia de nuevos modelos de referencia para la juventud.*

3.3. La población gitana europea en relación con la salud

Para actuar en el ámbito de la salud y la prevención es importante conocer algunos aspectos específicos de la salud de la población gitana. Información y datos sobre su estado de salud pero también conceptos y actitudes que pueden afectar al trabajo de prevención. Por último, se abordarán algunos aspectos del acceso a los servicios de salud y las barreras que encuentran.

Breve diagnóstico de la salud

Las encuestas y estudios a nivel europeo muestran algunos rasgos generales. Los determinantes de la salud son biológicos, pero también ambientales y sociales. La menor renta, las malas condiciones de habitabilidad de los barrios donde viven, la discriminación o el peor acceso a las prestaciones sanitarias, explican la presencia de enfermedades infecciosas, como pueden ser la tuberculosis o la hepatitis, y otras enfermedades crónicas menos frecuentes en la población general o que se presentan a edades más tempranas.

Los estudios sobre determinantes de salud en minorías destacan también el **racismo** como factor que afecta profundamente al bienestar, el cuidado de sí, la percepción de la propia salud y la morbilidad de las poblaciones que lo sufren. Los datos de salud de las minorías raciales son sistemáticamente peores que los de otros grupos de la misma clase social. El racismo provoca estrés, bajas expectativas, conductas de riesgo. Unido a la pobreza explica una parte de la peor salud del colectivo. Paralelamente, los sistemas inclusivos y universales de salud, junto a las mejoras en la vivienda, los niveles de vida y la educación, explican los avances de la salud de la población gitana en muchos lugares de Europa.

ALGUNOS DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN GITANA²

Aunque no hay estudios demográficos completos para la población gitana, muchas expertas y expertos en salud estiman que la **esperanza de vida es menor** entre las y los gitanos, y que esa diferencia puede superar los 7 años de vida.

En todos los estudios aparece una **prevalencia** de:

- **Enfermedades crónicas o discapacidades** mayor que en la población europea: tensión alta, diabetes, colesterol, alergias, problemas respiratorios entre los mayores y asma infantil.
- **Males psicológicos:** depresión o dolores crónicos (particularmente de huesos y de cabeza y migrañas).
- **Accidentes** (domésticos, laborales o de circulación).

Tanto las enfermedades como la accidentalidad provocan en muchas personas gitanas incapacidades o limitaciones vitales de diverso tipo. Ambas causas de mala salud están asociadas con el entorno residencial y sus condiciones, más o menos seguras e integradas.

2.- Información obtenida de: FSG Health Area, 2009.

Mujeres: Los datos muestran problemas asociados a los embarazos precoces y tardíos, menores hábitos de prevención ginecológica (solamente un 60% de las mujeres gitanas europeas visita al ginecólogo en los embarazos) y problemas de salud derivados de la sobrecarga de trabajo.

Menores: Las campañas de vacunación han sido muy efectivas en muchos países pero quedan importantes lagunas (en algunas regiones europeas casi la mitad de las y los niños no han seguido el programa de vacunación) y enfermedades infecciosas en jóvenes adultos y adultas debido a la falta de vacunación en la infancia.

Diferentes problemas asociados a los estilos de vida³: Es frecuente el sobrepeso y la obesidad en mayores y menores, estando en un peso considerado saludable sólo la mitad de la población gitana. La alimentación, menos rica en verdura y fruta y abundante en dulces y grasas, junto con la falta de ejercicio físico (también en la infancia) explica esta prevalencia, que a su vez tiene consecuencias sobre otras enfermedades en la edad adulta.

Consumo de sustancias: Casi un 60% de los varones gitanos y un 30% de las mujeres son actualmente fumadores, variando mucho los datos entre países, sobre todo en consumo femenino. Un contraste que es más acusado en el caso del consumo de alcohol, también importante en la población masculina adulta. El reconocimiento de problemas con el alcohol o las drogas afecta a una minoría (un 3,5% en la Encuesta Europea de Salud) pero estos datos ocultan una evidente concentración de consumos problemáticos en entornos segregados o marginados: en barrios de infravivienda o aislados, la cifra oscila entre el 15 y el 18% de prevalencia, lo que supone un gran impacto en la comunidad. Más que la calidad de la vivienda, el factor clave que tienen en común los barrios con problemas de consumo de alcohol o drogas es la segregación, mostrando una vez más que la experiencia vital del estigma afecta claramente al consumo problemático.

Ideas en torno a la salud

Las causas principales de la peor salud del colectivo son socioeconómicas y relacionadas con el hábitat, en un sentido físico y también simbólico. Estar apartados o ser menos ciudadanos y ciudadanas es en sí mismo un grave problema para la salud. Pero, como se ha visto, el factor cultural en relación con la propia salud tiene también un impacto importante (Ayala Rubio, 2008).

Una vez más, debemos distinguir elementos tradicionales de la cultura del cuerpo con elementos propios de las transiciones a una sociedad de consumo y con los rasgos de una cultura en crisis.

En cuanto a los elementos propios con la transición a una sociedad de consumo, por ejemplo, adoptar hábitos no saludables como fumar o comer bollos industriales, no es una actividad tradicional, sino más bien una respuesta adaptativa a una sociedad de consumo cuyas disciplinas deben ser aprendidas.

3.- El Comité asesor señaló la aparición en la población gitana de problemas de salud derivados de hábitos no saludables, como la mala alimentación o la falta de ejercicio o práctica deportiva. Esto está provocando problemas de obesidad o hipertensión.

Los estudios comparados muestran que el tabaco es una vía de entrada al consumo moderno y sus pautas: individualista, compulsivo, pero al mismo tiempo perfectamente compatible con la producción, es una prueba de integración social y de status. En los países en transición, como era España en los años 60, fumaban sobre todo los varones de las élites profesionales. El resto de la sociedad se incorpora después a estos hábitos, aun cuando sus perniciosos efectos hayan sido probados.

El sedentarismo y el uso del automóvil, la facilidad de acceso a bienes satisfactorios y baratos o la necesidad de sentirse integrados en la sociedad de consumo (aunque sea en sus estratos más populares) influye en los citados estilos de vida y su prevalencia. En este sentido, diferentes estudios han detectado que la población gitana realiza poco o ninguna actividad física en su tiempo libre, especialmente a partir de los 25 años (Arza Pozas, 2008).

También hay otros aspectos en los cuales esa transición falla o adquiere aspectos más oscuros. Los consumos pueden hacerse más compulsivos, el sentimiento de pérdida o fracaso puede llevar a conductas de mayor riesgo en personas adultas o jóvenes. Lo que en muchas mujeres mayores se manifiesta en depresión ante los problemas de la propia vida, puede manifestarse en adicción a las drogas en otras poblaciones más expuestas, como las y los jóvenes.

ASPECTOS TRADICIONALES DE LA CULTURA GITANA RELACIONADOS CON SALUD

Trascendencia que otorgan a la salud. De ahí deriva el apoyo mutuo entre parientes, que en el caso de las mujeres se convierte en olvido de la propia salud y en los varones en rechazo a la debilidad y el cuidado. La importancia de los mayores y el sentimiento de vulnerabilidad hace que la presencia de la enfermedad y de la muerte esté muy presente en la población gitana.

Salud como ausencia de enfermedad y ésta como situación invalidante ligada a la muerte. La comunidad gitana, como casi todas las poblaciones más tradicionales, solo acuden al médico cuando están muy enfermas. Cuando una persona (y familia) percibe que ha aparecido la enfermedad, la actuación debe ser inmediata y resolutive por la relación directa que establecen entre enfermedad y muerte.

El temor a la enfermedad se une a los problemas de acceso a los servicios de salud en algunos lugares. Por lo que es lógico que utilicen más los servicios de urgencias que los básicos (o preventivos) y que exista cierta tendencia a la auto-medicación y el consejo informal entre parientes o vecinas.

Salud como ausencia de enfermedad física. La relación que establecen entre salud y ausencia de enfermedad física implica que los aspectos de comportamiento y todo aquello relacionado con lo psicológico le resulte ajeno.

La unión de la idea de salud con la moralidad, lo que convierte ciertas enfermedades, caso del VIH, en un descrédito y una deshonra, por lo que a menudo se vive en secreto y con un gran sentimiento de culpa, mayor en las mujeres.

Invisibilidad de la prevención. El temor a la muerte y la negación de la enfermedad entorpecen las labores preventivas, pues las y los gitanos, como ya se mencionó, solo van al médico cuando están muy enfermos. Además, en entornos donde la vida no es larga y el futuro incierto, la idea de planificar y cuidarse no tiene mucho sentido, mientras que cuidar a los demás y asegurar el futuro general del grupo sí lo tiene. Por este motivo muchos de los comportamientos de la población gitana tienen un sentido cultural que no siempre coincide con la cultura hegemónica de la salud.

Hay otros rasgos propios de la cultura que dificultan la prevención:

- Inmediatismo vital (*vivir al día*), que por un lado favorece el desarrollo de pautas de funcionamiento cotidiano, pero por otro dificulta la planificación.
- La prevalencia de lo emocional sobre lo racional, donde la acción está muy presente y la reflexión suele servir para solucionar o remediar, pero no para anticipar o prevenir.

La comunidad gitana frente al sistema sanitario

Todas estas actitudes cambian, lógicamente, el acceso y el uso del sistema de salud. Pero al mismo tiempo, el comportamiento de los servicios de salud y sus profesionales frente a la población gitana transformará el trato, acceso y uso que estos hagan del mismo. No hay que olvidar que el sistema de salud es un actor público y las relaciones de la comunidad gitana con el estado han variado históricamente (no siempre han sido cordiales). La administración en países democráticos se presenta ante las y los gitanos como una estructura que ampara sus derechos, pero no siempre es así: la arbitrariedad, las expulsiones, la persecución policial y el perfil étnico en las detenciones y encarcelamiento son rasgos comunes a la experiencia gitana en toda Europa. En este sentido, la comunidad gitana es especialmente sensible hacia aquellos que quieren controlarles y recelan de unas instituciones que les generan desconfianza (Arbex, 1999).

Incluso sin ir tan lejos, las obligaciones y prohibiciones, las pautas de conducta y las exigencias que consideramos hoy en día prácticas normales, exigen un aprendizaje y unos hábitos complejos y difíciles de adquirir. Tener los papeles adecuados y actualizados, hacer las gestiones oportunas, estar informados de los riesgos, seguir las pautas de los tratamientos, son hábitos sociales nada evidentes y que algunas poblaciones que han sobrevivido manteniéndose alejadas del Estado y de sus agentes, no siempre tienen. Así por ejemplo, la comunidad gitana recela de la burocracia (rellenar documentos, fichas, etc.), algo que les resulta dificultoso y lejano a su estilo de vida (Arbex, 1999).

De ahí que la primera barrera sea el **grado de inclusividad de los sistemas de salud y protección**. Los sistemas de salud, además de gratuitos y universales, deberían ser inclusivos, adaptando en la medida de lo posible sus normas de acceso a las condiciones de la población. Solo de esta forma se tendrá una relación normalizada con la asistencia, la vacunación, la prevención y los diferentes servicios, llegando a todos los colectivos.

Superado este obstáculo general, las barreras son más sutiles y tienen que ver con **diferencias culturales y procesos de discriminación**. Como se vio,

a veces la población gitana hace un uso mayor de los servicios de atención y urgencias que de los servicios preventivos. En relación con el personal sanitario pueden manifestar ansiedad o desconfianza, que hay que limar mediante el trato y la comunicación, y en algunos casos, utilizando dispositivos como las y los mediadores: *“La comunidad gitana no ven instituciones ni centros, ven personas”* (Arbex, 1999: 19).

Donde existen estudios sobre las actitudes y problemas percibidos por los y las profesionales de la salud, es mayor la preocupación mostrada por el personal auxiliar, administrativo y de enfermería, pues son los que tratan con el entorno del paciente, y no solo con las condiciones concretas de la enfermedad y el diagnóstico. No hay que minimizar las quejas, pues a menudo las y los profesionales sanitarios tienen **sobrecarga de trabajo** y no perciben ningún apoyo del sistema para tratar con lo que consideran casos especiales o comportamientos diferentes o conflictivos. A menudo no existen reglas ni respuestas sistematizadas, sino diferentes estrategias y soluciones de los problemas cuando estos surgen, sobre todo en el entorno hospitalario donde la convivencia se hace más larga y tensa. Falta, a decir de las y los expertos, una respuesta más institucionalizada que establezca reglas y opciones que tengan en cuenta las diferencias de la población con la que se trabaja.

En el caso de la comunidad gitana, la **calidad en la atención** se basa en el tiempo de atención, del trato, la empatía percibida, en determinados mensajes no verbales ... Estos criterios son difíciles de cumplir en los sistemas sanitarios públicos actuales (Arza Pozas, 2008). En el capítulo 4 de este manual se abordarán algunas estrategias que ayuden a resolver y prever estas situaciones.

En relación con el mundo de las drogodependencias, no existe un estudio sistematizado sobre la forma en que la comunidad gitana accede a los servicios y recursos. Falta información sobre cómo es este proceso. Dichos recursos se caracterizan por una gran pluralidad, como el mundo al que atienden: desde unidades hospitalarias a centros ambulatorios especializados, centros residenciales y terapéuticos (públicos, concertados, evangélicos, etc.), programas de tratamiento o de reducción de riesgos en diferentes entornos (en los barrios, pero también en las prisiones); planes y proyectos de prevención que se ofrecen en lugares de ocio, en escuelas, en centros de salud, a través de campañas de salud pública, etc. Y todo ello con muy diferentes agentes, públicos y privados, Ong's e Iglesias y con muy diferentes filosofías, que van desde la abstinencia hasta la reducción de daños, y métodos.

Podemos suponer que muchos de los rasgos expuestos para la salud serán comunes al tratamiento de la drogodependencia. Y en relación con la prevención, las mismas ideas en torno al propio cuerpo y la salud, la negación de la enfermedad o la entrada en la sociedad de consumo serán aplicables. Este es el marco donde se puede plantear la relación de la juventud gitana con las drogas.

- ✓ *Desconfianza de la comunidad gitana ante el sistema de salud público debido a experiencias históricas y vivenciales.*
- ✓ *Recelo hacia la burocracia, algo que les resulta dificultoso y lejano a su estilo de vida.*
- ✓ *Falta de adaptación a la especificidad de la comunidad gitana (horarios no flexibles, lenguaje complejo, etc.).*
- ✓ *Existencia de prejuicios ante la población gitana.*
- ✓ *Falta de recursos en el sistema de salud público que dificulta la inclusión de las minorías (insuficiencia de mediadores y mediadoras interculturales).*

3.4. Ideas clave en relación con las drogas

Rasgos comunes a la juventud europea

Antes de presentar lo que los estudios muestran de la relación de la juventud gitana con las drogas, es necesario recordar brevemente algunos rasgos que son comunes a toda la juventud. Hoy en día se enfrentan a un mundo menos pautado, más incierto y con instituciones más débiles que en tiempos anteriores (Elzo, 2002). ¿Qué significa esto?

- **Cada persona es responsable de su propia vida.** No hay modelos claros de clase ni de género, sino que los problemas y las soluciones se presentan de forma individual. A cada cual le irá en la sociedad según aproveche sus oportunidades, tanto en entornos protegidos como hostiles. Las instituciones no marcan el camino ni determinan la entrada en la vida adulta. Ni la escuela, ni el servicio militar, ni el matrimonio o el trabajo son ritos de paso homogéneos, sino opciones abiertas y poco previsibles.
- **La esfera pública se reduce y las personas jóvenes son “privatizadas”.** No pertenecen al Estado como en tiempos anteriores ni son mano de obra para la industria, ni fuente de apoyo de las comunidades. Su marco es la familia nuclear y las redes, frágiles o fuertes, de amistad. No existen jóvenes adultos que les guíen porque a menudo no tienen hermanos ni hermanas mayores y porque los jóvenes adultos y adultas no se hacen cargo de encauzar o disciplinar a los y las más jóvenes: los partidos, iglesias, sindicatos, clubs, todas las instituciones donde era posible aprender a ser persona adulta con una clara carga moral están en crisis y los monitores y monitoras de tiempo libre o voluntarios y voluntarias no pueden suplir ese papel ni ofrecer un marco estable para la vida.
- **Se multiplican las fuentes de información, las redes informales y las posibilidades de moverse** en diversos ambientes y vivir diversas experiencias mucho más abiertas que en el pasado. Esta libertad mayor y la construcción muy fragmentaria del propio mundo han hecho hablar a las y los expertos de polarización: algunos jóvenes se hacen fuertes y hábiles, adaptados a un mundo abierto, mientras que muchas otras y otros están muy perdidos.

Todo esto sería perfectamente aplicable a la juventud gitana, solo que en este caso, además, la referencia es a la vez el propio grupo étnico y la sociedad

en su conjunto, donde cada persona tiene una cabida no siempre cómoda ni igualitaria, por lo que buscar el propio camino es todavía más difícil.

Rasgos propios de la juventud gitana

A los rasgos generales hay que sumar los rasgos propios de la cultura o de la situación de la juventud gitana en Europa. Varias son las ideas que nacen de la investigación realizada en el marco de este proyecto.

a) Normas culturales:

La clave es que la **cultura del grupo**, más aún en el caso de la juventud, se configura en muchos procesos e interacciones, endógenos y exógenos. Las y los jóvenes gitanos están a la vez en varios marcos y esto puede ayudarles a moverse con fluidez en la sociedad o bloquearlos. En relación con algunas drogas se produce una gran presión del propio grupo, considerándose algo malo y pernicioso, junto con una gran permisividad hacia ciertos comportamientos y consumos. Por ejemplo, en algunas familias las y los niños gitanos crecen en un contexto de permisividad hacia el consumo de sustancias como el café, el alcohol o el tabaco. Otro ejemplo se relaciona con el patrón del consumo del alcohol, que tiene un carácter social muy ligado a ciertas celebraciones fuertemente arraigadas en la comunidad gitana. Una contradicción inversa a la que se da en la sociedad global, caracterizada por una mayor permisividad moral hacia el consumo, incluido el de drogas, y rechazo de algunas drogas o comportamientos concretos considerados peligrosos o inadecuados.

Por lo tanto, el lugar donde se habita, el sexo y la edad, además del tipo de consumo habitual, determinarán que éste se realice en el marco del grupo o a espaldas de las personas adultas, de acuerdo con la sociedad mayoritaria o contra esta, con diferentes consecuencias en cada caso.

Las drogas configuran un lenguaje complejo, empezando por la diferencia entre legales e ilegales, tradicionales o nuevas, cotidianas o de ocio. Implican diferentes imágenes que además varían en diferentes contextos. Se asocian o aluden a la destrucción de la raza, a la independencia individual, al estatus y la moda, a la identidad juvenil o adulta, a la promiscuidad (la falta de honra en las chicas y virilidad en los chicos), al “apayamiento” o la integración. Conocer la configuración y las metáforas de cada consumo en su contexto ayuda a que los mensajes y las prácticas preventivas tengan sentido y lleguen a su público.

b) Redes personales y familiares

La juventud gitana está inserta en redes familiares, donde no hay que olvidar que son muchos los jóvenes, hermanos y hermanas, primos y primas, pero también en **redes más amplias** de gitanos y gitanas con los que se comunican por internet o que ven en las fiestas, las bodas, los trabajos. Tienen también relaciones con personas no gitanas, en las escuelas y en los barrios. Están sujetos, al igual que el resto de las personas, a los mensajes de los medios de comunicación y de la publicidad. Los mensajes y las imágenes sobre las drogas, sus atracciones y peligros llegan por muchas fuentes y es necesario saber cuáles son significativas y cuáles contradictorias, así como los efectos que tienen.

Se sabe que **el grupo de iguales es importante en la adolescencia**, que determina muchos comportamientos y actúa tanto como un factor de riesgo, arrastrando a conductas compartidas pero que no tienen el mismo efecto en todos. Pero también como un factor de protección al plantear controles y límites a lo que se debe o no se debe hacer. Actuar en esas redes implica entender su estructura y sus mensajes, conociendo, por ejemplo, qué relación tiene la juventud gitana con las nuevas tecnologías y cómo las utilizan.

Igualmente tienen una gran importancia las **relaciones familiares**. Entornos muy restrictivos o permisivos pueden provocar efectos perniciosos en la juventud, romper la confianza o crear brechas generacionales que frustren las posibilidades de las familias de intervenir y ayudar a sus hijas e hijos.

c) Factores de riesgo y de protección

Existe un debate sobre el papel de la cultura. Muchos estudios muestran que tener fuertes valores morales es un factor de protección frente al consumo abusivo, pero no es evidente que la cultura gitana ofrezca siempre esta protección. Dependerá de los ambientes, la cohesión del grupo, su capacidad de actualizar valores éticos modernos, la comunicación entre generaciones para transmitirlos y otros elementos que sólo pueden observarse en contextos precisos.

Sí parece demostrado en los estudios sobre vulnerabilidad que **el desempleo, el racismo o el bajo nivel educativo pueden influir en el consumo o en el abuso**, para escapar de las dificultades o porque estas condiciones afectan a otras dimensiones psicológicas, como la falta de confianza en uno mismo, la baja autoestima, o la impulsividad que aparecen como riesgos. Son también factores de riesgo la disponibilidad de drogas (o de dinero para adquirirlas) y la falta de alternativas de tiempo libre.

Parece evidente que los factores de riesgo y protección son los mismos en los jóvenes gitanos y no gitanos, pero su manifestación, presencia y fuerza depende de múltiples variables contextuales. En entornos marginales y segregados, con redes cerradas, acceso fácil a ciertas drogas y falta de alternativas de ocio y relación, es probable que muchos jóvenes y adultos gitanos y gitanas inicien consumos perniciosos. Pero también pueden producirse hábitos poco saludables en otros entornos más integrados donde circulan otros mensajes y otras drogas.

d) Patrones de consumo

Ya se ha visto como el inicio en el tabaco es temprano y está extendido, aunque existen grandes diferencias según el sexo. También que un número pequeño de personas gitanas reconoce problemas con el alcohol u otras drogas, pero que ese número puede concentrarse en ciertas comunidades generando un grave problema social y familiar.

El estudio del proyecto SRAP ha mostrado una gran variedad en la posición de las drogas en el imaginario y grandes diferencias regionales en los consumos y hábitos. Son **tendencias preocupantes** desveladas por la investigación: el inicio temprano en el tabaco, la exposición al alcohol entre las personas adultas, la presencia de heroína en algunas regiones o la infravaloración del riesgo de

algunas drogas (como el cannabis o los fármacos). Igualmente, están presentes drogas asociadas al ocio nocturno y a las relaciones de amistad con personas no gitanas, así como patrones comunes a otros grupos sociales, siendo el consumo de ciertas drogas una forma de sentirse parte de la sociedad y del grupo de iguales o de obtener un consumo asociado con la fama y el dinero, como sucede con la cocaína.

En el caso de las **jóvenes gitanas**, aunque existen ciertos factores de protección frente al consumo de sustancias, en los últimos años hay una progresiva incorporación al consumo de drogas. Se ha detectado un aumento del consumo de tabaco de forma aislada, en solitario, constituyendo un riesgo mayor. En este sentido, el Comité Asesor resaltó la necesidad de incorporar la perspectiva de género ya que se han detectado diferencias entre chicos y chicas en las pautas de consumo y en la forma en cómo hay que abordar la prevención (diferente comunicación, cómo transmitir la información..).

Se ha comprobado la **lejanía de la juventud gitana de muchos dispositivos y programas** orientados a la prevención o el tratamiento de adicciones. Los servicios son vistos como distantes, física y simbólicamente, salvo algunos especializados y presentes en el entorno. Suelen generar desconfianza, no se asocian con la propia problemática o se perciben barreras, como las listas de espera.

Los resultados recomiendan realizar programas e intervenciones diseñados especialmente para determinados objetivos y entornos, que tengan en cuenta las diferencias citadas, pero a la vez demuestran la falta de experiencia y de intervención en prevención con la juventud gitana. En los últimos apartados del siguiente capítulo nos acercamos de nuevo a la práctica de la prevención con la juventud gitana y sus condicionantes.

4. Cómo mejorar nuestra intervención: "Volver a la práctica"

¿Cómo incorporamos las características de la población gitana y su juventud a nuestra práctica profesional? Desde luego, hay reflexiones críticas que podemos asumir en un plano personal o como profesionales de la salud. Esos procesos de formación y análisis son necesarios y aumentan la calidad de nuestro trabajo, nuestra propia resistencia a la frustración y el desgaste profesional.

En primer lugar, planteamos dos habilidades que nos parecen fundamentales en todo trabajo en salud con población gitana (también sería extensible al resto de población). Posteriormente abordaremos brevemente algunas ideas de cómo incorporar las características propias de la comunidad gitana en la práctica profesional y en la organización de los centros de atención primaria y hospitalarios. Por último, se abordará el trabajo de prevención de la drogodependencia con la juventud gitana y algunos principios para su intervención.

4.1. Competencias para el trabajo en salud con población gitana

Las competencias que ahora planteamos son universalmente válidas para todos los grupos de población, incluyendo las minorías. Sin embargo, por las características propias de la comunidad gitana en Europa, es especialmente relevante tenerlas en cuenta. Nos referimos a la comunicación y relación empática, el desarrollo de actitudes mediadoras y la forma de abordar los conflictos.

Comunicación y relación empática

Para favorecer la comunicación y la capacidad de conectar con la otra persona, de percibir cómo se siente y comprenderle, es decir, ser empáticos, se plantean las siguientes propuestas:

- **El profesional debe dejarse sorprender por la realidad y por la persona usuaria.** En muchas ocasiones tenemos gafas para ver los déficits pero no para ver las fortalezas de las personas y los problemas que tienen realmente.
- **Usar la pedagogía de la pregunta, escuchar más que hablar:** ¿qué sabes...?, ¿qué piensas sobre...?, ¿qué dudas tienes...?, ¿qué te parece...? ¿qué te sugiere...?
- **A las y los jóvenes en particular, les gusta mucho hablar y que los escuchen.** Hay que intentar que se sientan escuchados y respetados cuando toman la decisión de acudir a un centro (Arbex, 1999).

ELEMENTOS PARA LA ESCUCHA

SÍ FAVORECE LA ESCUCHA...	Postura del cuerpo (abierta, hacia adelante), mirar a los ojos y parpadear, gestos (asentir), girarse hacia la persona, preguntar, tocar a la persona, devolver o reflejar lo que dice, repetir y reaccionar ante lo que me dicen, seguir los ritmos de la conversación, mostrar emociones...
NO FAVORECE LA ESCUCHA...	Quitar importancia a las cosas, interrumpir, no mirar a la persona, filtrar la información en función de uno mismo y no en función de lo que quiere o siente la otra persona, juzgar, no acompañar la conversación (no mostrar emociones), estar pendiente de lo que quiero decir y no de lo que me dicen...

Establecer una relación de igual a igual, no imponer. La intervención y la relación deben surgir desde la naturalidad.

Adaptar la información y el mensaje (teniendo en cuenta la edad, género..). Usar un lenguaje legible y entendible, usando ideas fuerza y el menor número posible de tecnicismos. Transmitir la información de forma clara y sencilla, asegurarnos de que se ha entendido la información: los diagnósticos, los tratamientos, los procedimientos para pedir cita, etc.

Los y las profesionales dan por supuesto muchas veces conceptos o ideas que piensan que el paciente o usuario/a comprende. El comité asesor ha resaltado este aspecto, ya que muchas veces las personas no entienden los tratamientos o lo que el profesional ha querido transmitirle. Esto puede ser un motivo para que la persona no vuelva al centro o no siga las indicaciones del profesional (tratamiento, citas, etc.).

Importancia del primer encuentro, ser un referente. En los centros de atención y/o prevención las y los profesionales deben conocer a las y los jóvenes y ganarse su confianza. Si conectan afectivamente en el primer encuentro y se sienten tratados con afecto, la persona que ha hecho la acogida se convierte en un referente: *"Necesitan alguien que les inspire confianza"* (Arbex, 1999: 19).

Conocer a las personas. Su carácter, su nombre, lo que les ha llevado a ir al centro (Arbex, 1999). Suelen ir a los sitios donde saben que son bien recibidos o donde van otras personas gitanas. La imagen de un centro se forma a partir de las experiencias, positivas o negativas, de otros que han ido al centro (Arbex, 1999). El comité asesor también destacó la importancia de entender la especificidad y situación de cada persona.

Crear una relación de confianza. El comité asesor ha apuntado esta idea como una de las mejores formas de captar y facilitar el acceso a los recursos sanitarios, que la población acuda a las citas, siga los tratamientos y para trabajar la prevención y poder ahondar en otros factores clave.

COMPETENCIAS COMUNICATIVAS⁴

- ✓ Ser consciente de posibles prejuicios y percepciones que pueden condicionar e influenciar la propia interpretación de la forma de comunicarse y de la conducta de los demás.
- ✓ Tener en cuenta los diferentes significados de gestos, exposiciones, distancias físicas para personas pertenecientes a distintos grupos culturales.
- ✓ Hablar con claridad y precisión.
- ✓ Evitar expresiones coloquiales que pueden ser malinterpretadas.
- ✓ Repetir las afirmaciones de forma diferente para reforzar la comprensión.
- ✓ Escucha activa, reformulando lo oído para comprobar su correcta comprensión.
- ✓ Identificar y solucionar dificultades de comunicación recurriendo a mediadores culturales que faciliten la comprensión y el entendimiento.
- ✓ No tratar al interlocutor como si no fuera un adulto.
- ✓ Mantener el sentido del humor y el tono relajado, ya que facilita la aceptación y la comunicación

En los últimos años se ha desarrollado una estrategia para abordar la comunicación que toma en cuenta las vivencias y los aspectos propios del contexto, que condicionan la relación entre el paciente-usuario/a con el profesional sanitario. Nos referimos a la comunicación centrada en el paciente-usuario/a, especialmente adecuado para trabajar con la comunidad gitana.

El modelo de la comunicación centrada en el paciente o usuario/a se basa en 6 elementos⁵:

1. Exploración de la enfermedad y las vivencias que al paciente le ocasiona: Además de la exploración de los síntomas, se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- La idea del paciente sobre la enfermedad.
- Los sentimientos que le produce (angustia, miedo, etc.).
- Las expectativas que tiene sobre el profesional y la utilidad del tratamiento.
- El impacto de los síntomas en su vida diaria.
- La comunicación no verbal.

2. Comprensión de la persona en su totalidad: Teniendo en consideración otros factores ambientales, sociales y familiares del paciente tales como las condiciones de habitabilidad en las que vive, relaciones y apoyos familiares, las necesidades económicas, etc.

3. Acuerdos con el paciente: El paciente debe participar activamente en su proceso de salud-enfermedad. Para ello, el profesional sanitario debe buscar su aceptación tanto en el diagnóstico propuesto como en el tratamiento terapéutico.

4.- Obtenidas del libro: *Retos en los contextos multiculturales, competencias interculturales y resolución de conflictos de la FSG* (FSG, s/f).

5.- Este cuadro es una adaptación de la *Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios* (García, 2006). Aunque está enfocado a la atención primaria, consideramos que es un modelo interesante de referencia para las y los profesionales de prevención en drogodependencias.

4. Incorporación de la prevención o promoción de la salud: La prevención y la promoción se incluyen para la reducción de daños, la detección temprana de enfermedades y la disminución de sus consecuencias.

5. Cuidado de la relación profesional-paciente: El profesional debe intentar que la relación con el paciente mejore en cada encuentro.

6. Realismo: Todo lo señalado debe realizarse teniendo en consideración las posibilidades reales del servicio en el que trabaja el profesional sanitario: recursos, tiempo disponible, etc. Es sabido que muchos profesionales sanitarios atienden a un número excesivo de pacientes por lo que sólo podrán valorar los aspectos de este modelo que son más importantes para el proceso y para el paciente.

Desarrollo de actitudes mediadoras y abordaje del conflicto

Antes de intervenir el profesional debe plantearse algunas preguntas claves, de forma que le permita conocer cuál es su punto de partida. Esto puede determinar la relación que se establecerá con la población gitana. Preguntas como: ¿qué es un/a joven?, ¿qué es un gitano/a?, ¿es bueno tomar drogas o fumar? ¿qué es para mí la prevención? Esto ayudará a ser honesto/a en los objetivos que se busca en el trabajo con la población gitana y en particular con la juventud.

La aparición de conflictos es natural en cualquier tipo de relación y ámbito de la vida. De ahí la importancia de saber trabajar con ellos, solucionarlos y prevenirlos. A continuación ofrecemos una serie de medidas que ayudan a este propósito:

- **Buscar y crear el ambiente adecuado.** Espacios adaptados a la población gitana (espacios amplios, sillas suficientes, etc.), quitar barreras y obstáculos (espacios abiertos sin mesas de por medio). La estructura arquitectónica a veces limita las acciones.
- **Evitar generalizar.** La comunidad gitana es muy heterogénea y el comportamiento de uno de sus miembros o una familia no puede extrapolarse al resto. Debemos desterrar la idea errónea de que todos las y los gitanos son iguales (García, 2006).
- **Adaptar lenguaje y simbología.** Mostrar cercanía (expresar sentimientos, dar la mano ...), realizar hechos simbólicos. Todas las acciones están cargadas de simbología, tienen un significado y transmiten algo.
- **Llegar a acuerdos o pactos en relación a la puntualidad, responsabilidad, compromiso.** La población gitana tiene talante negociador y siempre funciona el "*tú me das, yo te doy a cambio*" (Arbex, 1999: 20).
- **No intentar controlar.** El profesional no puede parecer una figura punitiva o coactiva. Hay que desvincular el aspecto de control que la población gitana atribuye a los centros y profesionales, evitando en la medida de lo posible los expedientes, sanciones, etc. Esto no quiere decir que no haya que establecer normas o prescripciones claras, otorgar tareas y marcar objetivos. La directividad se acepta como una señal de autoridad y sabiduría (Arbex, 1999).

CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y ACTITUDES DEL MEDIADOR/A ⁶
Hacer ver que la persona moderadora será un referente.
Mantener la distancia adecuada (la cercanía afectiva debe ser muy medida para ganarse el respeto, tal como ellos lo entienden).
La información debe ser significativa, relacionada con experiencias y expectativas.
Mantener los acuerdos, sobre todo los que establezcamos con el grupo (tener palabra, cumplir compromisos). Pero también ser conciliadores y flexibles.
Comunicar la información de forma eficaz.
Manejar técnicas de resolución de conflictos.
Ser imparcial.
Transmitir serenidad.
Mostrar sensibilidad y preocupación ante lo que sienten y expresan los demás.
Actitud de apertura.
Mostrar cercanía e interés por la otra persona.

4.2. Incorporación de las características culturales de la población gitana en la práctica sanitaria y en los centros sanitarios

En este apartado señalamos algunas características de la población gitana que deben estar presentes tanto en la organización de los centros sanitarios como en la misma práctica profesional.

Conocer estas pautas culturales nos dará un conocimiento mayor de la persona y su contexto, lo que permitirá al profesional adaptar su intervención. Esto redundará en una intervención de mayor calidad y mejores resultados. Además, conocer la realidad es la mejor forma de romper con ideas preconcebidas que pueden distorsionar o dificultar la intervención, tal como ha señalado el comité asesor.

A continuación, incluimos algunas ideas generales y recomendaciones que deben adaptarse a los diversos contextos en los que se desarrolla la práctica sanitaria y preventiva:

- **Conocer las características socioculturales de la comunidad gitana**, en especial las que afectan de manera positiva o negativa a su salud:
 - o El apoyo mutuo entre parientes, el respeto y cuidado a las personas mayores, la importancia del luto.

6.- Este cuadro es una adaptación de: *Retos en los contextos multiculturales, competencias interculturales y resolución de conflictos de la FSG* (FSG, s/f).

- Cuestiones relacionadas con el género: El papel de la mujer como cuidadora y que tiende a olvidarse de su propia salud; el hombre puede rechazar la debilidad y el cuidado de su salud.
- **Detectar posibles referentes en las familias.** Se relacionan dentro de la perspectiva cultural de la interdependencia familiar, por lo que las figuras de autoridad familiares, padres, abuelos o tíos deben ser involucrados en tratamientos o terapias (Arbex, 1999).
- **Intervención grupal con la familia.** Es preferible que se haga separadamente, con grupos específicos de padres y madres, ya que los roles y la separación de sexos puede ser muy acusada. Al estar juntos se dificulta la comunicación y se pierde espontaneidad (Arbex, 1999).
- **Establecer límites claros y firmes, desde los centros de prevención o atención.** Es necesario involucrar a las familias gitanas en su cumplimiento. A veces es complicado para éstas, ya que suelen tener un escaso establecimiento de normas y límites dentro de la unidad familiar. Se requiere una labor pedagógica importante y la necesidad de establecer acuerdos (Arbex, 1996).
- **Capacidad emprendedora de las mujeres.** Para el trabajo de prevención, el tratamiento de enfermedades o en el tema de las adicciones, es clave el trabajo con las mujeres y madres gitanas. Y aprovechar su capacidad emprendedora (Arbex, 1996).
- **Sexualidad.** Es un tema que a las mujeres gitanas les cuesta hablar. En general, tienen poca información y les genera vergüenza. Por lo que se sugiere que el personal sanitario sea una mujer y que emplee un lenguaje (verbal y no verbal) que facilite la comunicación (Arza Pozas, 2008). Cuando se requiera realizar alguna prueba que pueda ser percibida como una amenaza a algún aspecto de la virginidad de la joven, es necesario explicar detalladamente su importancia (Arza Pozas, 2008).
- **Heterogeneidad.** La población gitana es muy diversa: diferentes niveles de recursos, personas procedentes de diversos países, etc. Esto implica poner el foco en la persona, en entender y comprender el contexto y circunstancias individuales (su situación familiar, recursos, nivel de integración, etc.).

A continuación ofrecemos una serie de **pautas que puedan mejorar la relación y el trato con la comunidad gitana**, en especial las familias, y que servirán para la aparición de posibles conflictos **en el contacto que tienen con los centros hospitalarios y servicios de urgencia** (García, 2006):

- Establecer puntos de información claramente señalizados, donde se ofrezca información verbal a los solicitantes.
- Proporcionar, en el momento del ingreso, información escrita en un formato claro y sencillo sobre: las normas de uso del centro; derechos y obligaciones de los pacientes; horarios de visitas, atención y consulta...

- La información anterior debe ser ofrecida verbalmente por personal cualificado, con formación en atención a la diversidad y no por los servicios de seguridad del centro, ya que estos les generan desconfianza.
- Cuando esté presente la familia extensa gitana en el centro, reconocer a la máxima autoridad (generalmente los hombres más mayores o sino las mujeres más mayores) para transmitirles mensajes de importancia. Por ejemplo sobre: el estado de los pacientes, la evolución de la enfermedad o la noticia de la muerte del familiar. En este último caso, mantener una actitud de comprensión y respeto ante las muestras de dolor.
- Adecuar algunos espacios públicos comunes del centro, como las salas de espera, a la permanencia de la familia extensa.
- La presencia de mediadores/as interculturales en los centros, ya que favorece el entendimiento con el personal sanitario, ante la presencia de situaciones que pueden llegar a ser conflictivas.
- En este sentido, el comité asesor ha resaltado la figura del mediador/a, ya que facilita entender a la persona y su cultura. Esto permite incrementar la eficiencia y calidad de la intervención: facilita la comprensión y entendimiento mutuo.

LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL⁷

La mediación intercultural es un recurso al alcance de personas de culturas diversas, que actúa como puente con el fin de promover un cambio constructivo en las relaciones entre ellas. La mediación en las relaciones entre personas culturalmente diversas, actúa preferentemente para la prevención de conflictos culturales, favoreciendo el reconocimiento del otro diferente, el acercamiento entre las partes, la comunicación y la comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la búsqueda de estrategias alternativas para la resolución de conflictos culturales y la participación comunitaria.

La mediación, entendida de forma profesionalizada, es un recurso que actúa como puente entre la comunidad gitana y la sociedad mayoritaria para promover un cambio constructivo en las relaciones entre ambas. Es un proceso y no una herramienta "para apagar fuegos" cuando se producen conflictos.

La mediación en el **ámbito de la salud** con la comunidad gitana tendría entre sus **funciones**:

- Facilitar el acceso de la población gitana a los recursos sociosanitarios.
- Conocer las necesidades sentidas.
- Facilitar la comunicación entre el personal sanitario y la comunidad gitana promoviendo su acceso a los recursos en igualdad de condiciones.
- Disminuir las barreras culturales.
- Asesorar a las personas gitanas usuarias en relación con el personal de los servicios sanitarios.

7.- Cuadro obtenido de la referencia bibliográfica: García, 2006

- Asesorar a los profesionales sanitarios para una atención adecuada a las necesidades e intereses de la población gitana.
- Promover la dinamización comunitaria.
- Apoyar personalmente a las personas gitanas usuarias.

Los beneficios de la mediación intercultural repercuten tanto en el personal de los servicios sanitarios como en la población gitana usuaria de los mismos:

Para el personal sanitario:

- Favorece las relaciones interpersonales reduciendo las barreras de comunicación.
- Permite descifrar y comprender algunas pautas culturales. Por ejemplo, en la atención a mozas o mujeres gitanas viudas.
- Previene la aparición de conflictos en determinadas situaciones, por ejemplo, cuando se produce el fallecimiento de una persona gitana.
- Favorece la obtención de mejores resultados en los tratamientos y prescripciones médicas.
- Hace eficaces los programas preventivos y de promoción de la salud.

Para la población gitana:

- Favorece una mejor comprensión de los diagnósticos y tratamientos terapéuticos aumentando el éxito en la curación de enfermedades.
- Permite una mayor comprensión de las normas y del funcionamiento del sistema sanitario.
- Contribuye a la normalización del uso de los servicios sanitarios.
- Genera un sentimiento de mayor seguridad y confianza ante las instituciones sanitarias y el personal sanitario.

Incluir la mediación intercultural en centros hospitalarios y centros de atención primaria **permitiría trabajar con la población gitana** aspectos relacionados con:

- La educación para la salud.
- El uso adecuado de los servicios sanitarios.
- La mejora de las relaciones entre profesionales sanitarios y pacientes gitanos y gitanas.
- La prevención de aparición de posibles conflictos.

4.3. ¿Cómo trabajar la prevención de drogodependencias con la juventud gitana?

Hemos visto en los capítulos anteriores que la relación con el consumo de drogas de la juventud (gitana o no) está determinada por procesos de largo alcance, bastante universales, como la expansión del individualismo y la sociedad de consumo a todos los grupos sociales, pero también por contextos, sociales y culturales, muy concretos y situados en el tiempo y el espacio. De ahí que cualquier intervención con la juventud gitana deba hacer el doble ejercicio de entender lo que es común a toda la sociedad (y a todos los programas de prevención) y lo que es particular, no de los gitanos y gitanas, sino de ese preciso contexto de intervención.

Conocer el contexto y sus relaciones nos permitirá empezar a diseñar el programa que los jóvenes necesitan o adaptar programas conocidos a un entorno preciso (EMCDDA, 2008).

¿Por qué y para qué prevenir?

La primera pregunta es para qué necesitamos un proyecto de prevención, o dicho de otro modo, cuáles son los riesgos que debemos prevenir. Para contestar esta pregunta podemos seguir tres pasos: diagnóstico, definir objetivos y analizar recursos y fuerzas.



Realizar el **diagnóstico** del área/barrio o la población es básico, va más allá de determinar cuál es la problemática precisa de consumo. Estamos en la prevención con jóvenes, lo que nos obliga a anticiparnos a modas o tendencias quizás incipientes.

Prevenir exige prever conductas posibles y anticipar riesgos para fortalecer a las personas ante estos riesgos. Estar en el terreno y tener sistemas de alarma es la mejor recomendación, además de las investigaciones y encuestas.

El diagnóstico debe incluir aspectos sociodemográficos y otros que se refieren concretamente a drogadicciones. Los primeros son muy a menudo la mejor base para trabajar los segundos. Por ejemplo, sabemos que favorecer el ocio saludable, la integración en redes más amplias que las familiares o étnicas, o la movilidad autónoma, por citar algunos factores, es positivo para la población gitana joven, con independencia del consumo concreto que pueda amenazarla. Pero junto a esto, se puede estar produciendo un consumo alto de alcohol, tabaquismo temprano o una tendencia a utilizar cualquier droga de ocio que exige un acercamiento enfocado del sistema de salud.

✓ *Empezar a trabajar programas amplios de salud nos permitirá estar preparados y preparadas, con conocimiento y apoyos locales, cuando identifiquemos un problema preciso. Pero también puede suceder al revés: que un programa o plan muy enfocado a atajar una situación negativa tenga capacidad para crecer, buscar alianzas y emprender políticas más amplias en relación con la salud de la comunidad.*

Además del diagnóstico, necesitamos una **filosofía y objetivos de nuestra intervención**, siendo conscientes de que ese enfoque será necesariamente parcial y no siempre encajará con la cultura o los valores de la población gitana.

- Debemos diferenciar si luchamos contra el consumo de una o de varias sustancias, si es contra el consumo excesivo, o bien contra los efectos sociales del mismo. Podemos enfocar el proyecto desde la promoción de la salud, con independencia de cualquier drogadicción, o bien para dotar a los y las jóvenes de herramientas para combatir un determinado consumo que tiene prevalencia en la comunidad.

- Los objetivos deben explicitarse y por más que los proyectos globales sean útiles, algunas metas deben ser concretas. No es lo mismo buscar la abstinencia que reducir el consumo o los riesgos asociados. No es lo mismo intentar que los y las jóvenes no tomen alcohol, retrasar la edad de inicio del consumo, que no conduzcan cuando beben, que el hecho de que beber no influya en su absentismo escolar.

Existen programas que se proponen retrasar la entrada en el consumo y otros evitar la escalada, es decir, trabajar el paso que se da en algunos jóvenes entre ciertas drogas más aceptadas (como el tabaco o la marihuana) y otras más peligrosas, bien por ser mayor la adicción o los efectos en la salud, bien por el estigma social que llevan aparejado.

Estas decisiones están normalmente muy influidas por la filosofía anti drogas de las instancias públicas y de salud, la legalidad o persecución de las mismas, su disponibilidad o imagen social. Pero no siempre estas imágenes o filosofías serán las mismas para la comunidad gitana. La reducción de riesgos puede tener mucho sentido con determinadas personas y entornos, mientras que para otras solo una postura moral más firme (la abstinencia, por ejemplo) tendrá un sentido cultural. Conocer estos valores e identificar las fuerzas de la comunidad y sus fuentes de salud, incluidas las que nos son ajenas, es un paso importante para que nuestro lenguaje e intenciones tengan sentido. No significa que asumamos, como instancia pública, la postura del otro, pero sí que dialoguemos con ella, que la tengamos en cuenta, que forme parte del programa y no sea ignorada.

El tercer paso, tras el diagnóstico y la definición de los objetivos consiste en analizar y fortalecer el lugar donde vamos a intervenir. Todo diagnóstico de problemas de un barrio o comunidad debe acompañarse de un **análisis de sus recursos y fuerzas**: valores, líderes, formas de curación o consuelo, relaciones internas y externas, habilidades para lidiar con los problemas, apoyos con los que cuentan... Estudiar los "assets"⁸ y activarlos es un paso que debe estar incluido en la intervención desde el principio.

¿Con quién prevenir?

Este es otro tema crucial. Aunque parezca evidente de qué hablamos al hablar de juventud gitana, no lo es siempre. No solo por la dificultad de su identificación y definir los límites del colectivo, sino más bien por la conveniencia, o no, de hacerlo. De nuevo se nos presentan diferentes opciones:

- **Programas orientados a toda la ciudadanía o parte de esta**, pero que tienen una especial estrategia para llegar a la juventud gitana o para tratar con ella.
- **Programas específicos** que pretenden mejorar la comunicación con las familias y entornos gitanos, por ejemplo, mediante la mediación cultural.
- **Programas mixtos**, que tengan varias líneas para facilitar que personas diferentes encuentren su lugar o pueden aprovechar los recursos.

8.- En inglés: activos, valores positivos.

Otro elemento clave se relaciona con la propia juventud gitana, debemos considerar al menos dos diferencias: **la edad y el sexo**. Normalmente los programas con juventud diferencian el grupo más joven, de 11 a 15 años (hay programas que empiezan antes) y de 16 en adelante. Esos límites no pueden ser arbitrarios, ya que pueden variar en el caso de la juventud gitana: una joven o un joven gitano de 18 años se comportará en muchos aspectos de igual forma que un no gitano de la misma edad, pero es muy posible que el joven gitano ya pueda estar casado y haber asumido responsabilidades de adulto (como ya hemos visto en apartados anteriores, los y las jóvenes gitanas asumen la mayoría de edad antes). La juventud gitana se convierte en adulta antes que la juventud no gitana.

Igualmente es importante tener en cuenta el **género**, ya que juega un destacado papel en la comunidad gitana (y en todas), por dos motivos:

- **Distintos roles**, de hombres y mujeres, de madres y padres, en la familia gitana. Esto implica diferentes formas de libertad y control, de ocio y de consumo. Algunas mujeres jóvenes gitanas estarán muy protegidas del consumo (aunque no de otros riesgos) por la existencia de una fuerte sanción moral, pero otras estarán más expuestas por el estigma que supone en las mujeres el mismo consumo aceptado en los varones. Los chicos y las chicas tendrán formas de ser y relacionarse donde los valores masculinos y femeninos esperados juegan un papel clave que la intervención debe conocer.
- **Cambio social**. Las mujeres gitanas están bajo observación y en una doble exigencia: cambiar a formas más igualitarias, porque les interesa y porque la sociedad se lo exige, a veces legalmente (en relación con la escolaridad obligatoria) y a la vez sentirse responsables del mantenimiento de ciertas tradiciones que son el núcleo de la cultura gitana. Los varones jóvenes, a su vez, pueden sentirse cómodos con una identidad menos machista o sentir temor o rechazo al cambio que les pide la sociedad, a menudo con cierta hipocresía, como si sólo hubiera machismo o violencia en los otros. Las relaciones entre los sexos son un tema clave para el avance o el cierre de la comunidad y cualquier programa debe reflexionar sobre ello.

La pregunta de con quién intervenir no termina aquí. Se pueden ofrecer recursos individuales, grupales, para familias o vecindarios. Cada plano exigirá un diseño preciso y una determinada estrategia. Si se opta por abordar consumos nuevos y conflictivos para la comunidad, quizás no sea el momento de reunir a los jóvenes con sus familias o con otras autoridades de la comunidad, pues no hablarán ni se sentirán cómodos.

Por otra parte, el trabajo con familias, la educación en salud y la mejora de las habilidades comunicativas de los padres y madres, pueden ser herramientas importantes de la prevención con jóvenes.

Algunos acercamientos exigirán la complicidad comunitaria y de sus líderes, religiosos o cívicos. En otros casos, el recurso será más útil si se presenta como exterior al mundo de las redes gitanas. Una mujer que tenga un problema de drogas o VIH o violencia en su casa irá más fácilmente a pedir consejo a un servicio cercano pero de carácter universal, a una unidad hospitalaria o a un

ambulatorio, antes que a un dispositivo de drogas asociado al estigma que teme. Las y los jóvenes entrarán sin problemas a una actividad de ocio en el barrio, mientras que quizás se muestren reticentes a participar en un programa de prevención de drogas en horario extra escolar. Todos estos aspectos son importantes para el diseño del programa y sus actividades.

El comité asesor ha destacado la importancia de adaptar las acciones de prevención a las características del colectivo destinatario, de forma que se logre captar su atención efectiva. Esto se puede lograr, por ejemplo, conociendo la forma en la que se relacionan o sus intereses (sus preocupaciones, su ocio, etc.). Trabajar la prevención es complicado con cualquier joven, sea gitano o no, debido a la baja percepción que tienen de los riesgos a corto plazo.

¿Dónde intervenir?

El espacio es otro elemento importante a considerar en prevención con juventud gitana. El **entorno residencial** es un buen indicador del estatus social de la comunidad gitana, normalmente de su nivel de renta y educación, pero sobre todo de sus relaciones internas y con el exterior. La marginación tiene una marca espacial, aunque no siempre, pues existen problemas sociales y exclusiones en los barrios más consolidados. Pero lo que es cierto es que la segregación siempre tiene efectos claros en el consumo y en el acceso a los dispositivos de salud.

Pero además de conocer el entorno y definir los límites de la intervención, es importante saber en qué contexto se aplicará el programa o se ofrecerá el recurso. Nos puede ayudar hacernos preguntas como: ¿Dónde se encontrará a las y los jóvenes gitanos: en la escuela, la Iglesia, la calle o en sus casas? ¿Les llegarán los mensajes por el ordenador, por la televisión, por el profesor/a, a través de carteles en el centro de salud o por sus padres y madres?

El ámbito educativo es perfecto si las y los jóvenes están en él y se encuentran cómodos, en relaciones igualitarias; los programas de promoción de la salud encontrarán en la escuela un aliado con una población escolar completa y cautiva. Pero a partir de una edad no estarán, o si están en condiciones de segregación, los mensajes y programas tendrán un tinte especial. Por otra parte, el ámbito educativo puede estar saturado de exigencias. Su papel es fortalecer al individuo (y al grupo) en general, más que contener en su limitado horario todas las informaciones que la sociedad decide transmitir a los menores.

Los **centros de salud** pueden aprovechar su importancia y su cercanía a las familias y a los barrios, pero sabiendo que muchos jóvenes buscarán apoyo o consejo en lugares donde no sea tan fácil encontrarse a un pariente o a una vecina. De ahí que los centros específicos para jóvenes tengan también su lugar, los centros de información, de ocio, de salud reproductiva. Cada recurso puede cumplir un papel conociendo su público y sus limitaciones.

Además, existen otros lugares, virtuales y reales, donde trabajar la prevención. Un espacio evidente es el **tiempo libre**, ya sea la calle (parques y plazas), como ámbito público donde pasan horas los chicos y chicas; los bares o discotecas donde salgan, si salen, y pasen su tiempo de ocio. Pero también son útiles los

espacios o actividades que se les ofrecen en el barrio, a través de los equipamientos públicos (bibliotecas, centros cívicos, etc.) o mediante programas de ocio o educativos gestionados por organizaciones sin ánimo de lucro.

Por este motivo, descubrir los lugares de influencia en el barrio y los de tránsito y ocio de la juventud gitana es un paso importante. Y desde luego las barreras que encuentran para el uso o la presencia en cualquiera de los ámbitos citados: dónde no irán nunca, dónde no se sienten bien recibidos o no se creen con derecho a entrar.

¿Cómo intervenir?

En cuanto al contenido de la prevención, pensamos que las áreas que han demostrado ser más eficaces son las mismas para jóvenes gitanos y no gitanos, aunque no existen estudios o evaluaciones al respecto. No obstante, como se viene explicando en este Manual, es necesario adaptar o reinterpretar los mensajes. La idea es que los canales y los contenidos tengan sentido para la juventud gitana y respondan a su situación práctica (y su cotidianidad), así como a sus sentimientos morales.

¿Cuáles son estas áreas de trabajo? Normalmente son tres las etapas o los tipos de prevención que se corresponden con la estructura motivacional de las personas y que hay que abordar en los programas de prevención: **la información, el trabajo en habilidades personales y sociales, y la prevención genérica** (por ejemplo, programas de tiempo libre).

Información

Informar es importante pero no suficiente. Abre la puerta a otras intervenciones y prepara al sujeto desde el punto de vista más cognitivo. Pero la información que abordamos debe competir con una gran cantidad de fuentes alternativas, favorables o desfavorables, sobre las drogas: medios de comunicación, padres y madres, amigos y amigas, la propia experiencia, informan sobre las virtudes y problemas de las adicciones y configuran el universo simbólico donde esta información cobra sentido.

Por lo tanto, informar no es únicamente ofrecer datos, sino hacerlo de un modo que influya y sea útil al sujeto. De ahí que se planteen formas de informar y transformar pautas, basadas en los mensajes y referencias entre iguales, o bien a través de agentes de salud que informan desde dentro, por así decirlo, con el lenguaje y los valores del grupo destinatario.

En el trabajo de salud pública existen experiencias de agentes de salud comunitaria que pueden servir de inspiración para los programas de prevención, ya que se cumplen algunos de los fines básicos: disponer de personas formadas, aliadas con los sistemas de salud que a su vez aprenden de ellas, y que son al mismo tiempo un canal de información en las dos direcciones y unos potentes movilizados sociales. No son necesariamente mediadores culturales, no tienen por qué ser solo gitanos o gitanas, y su fuerza proviene sobre todo del carácter transformador en las dos direcciones. Es decir, serán útiles en la medida en que obliguen al sistema y sus profesionales a abrirse y entender los problemas y los recursos de un vecindario o comunidad.

Habilidades personales y sociales

Consiste en aumentar la capacidad de los sujetos para enfrentarse a problemas, superar la frustración, controlar la impulsividad, o resistir a la presión del grupo; es decir, mejorar los factores psicosociales que parecen influir en el consumo abusivo o problemático de drogas. Lo que las y los expertos llaman resiliencia, la capacidad de reconstruir o fortalecer la propia subjetividad incluso cuando ha sido dañada por malas experiencias, se basa en tres pasos (Dillon, 2007):

1. A nivel **cognitivo**, los y las jóvenes necesitan información relevante para ser conscientes de lo que son y qué efectos tienen las drogas. Hay que conocer bien las razones de la juventud para consumir o no hacerlo, la importancia de la opinión de personas influyentes para ellos, el temor a las consecuencias legales o sobre la salud, etc.
2. En un nivel más **motivacional**, deben entender o asumir que el consumo o el consumo abusivo es incompatible con sus objetivos o con su moral. Para ello el sujeto tiene que tener una imagen de sí mismo/a, unos objetivos factibles y creíbles, y un marco moral estable.
3. El tercer aspecto a reforzar es lo que algunos estudios llaman **autoeficacia**, es decir, la capacidad de llevar a cabo lo que se piensa o se ha decidido, por ejemplo, no tomar drogas cuando se considera que son incompatibles o negativas para la persona o el grupo. Esta capacidad debería trabajarse en varios contextos y no necesariamente en el marco de la prevención de adicciones, pues es una habilidad para la vida.

Las y los jóvenes gitanos necesitan, como todos los demás, información útil para su vida, oportunidades para desarrollar objetivos propios factibles, capacidad para llevarlos a cabo o al menos intentarlo. Es evidente que este marco conlleva trabajar no solo el nivel individual, sino el grupo y la comunidad. Si las y los jóvenes se sienten bien, integrados, en el colegio, si la familia puede ofrecer un marco moral aunque comprensivo, con disciplina y afecto, si la comunidad ofrece oportunidades o contextos seguros para divertirse o vivir, los problemas de drogas (que no dejarán de existir) serán menos dañinos o más aislados.

Por lo demás, los programas tienen que ser coherentes, tener estabilidad en el tiempo, basarse en una buena teoría y aplicarse a través de relaciones personales significativas. Evaluarlos ayudará a ir mejorando el quehacer y permitirá adaptarlo a las cambiantes circunstancias.

4.4. Algunos principios para la intervención con la juventud gitana

Hay principios evidentes en la prevención o tratamiento de adicciones, como la confidencialidad, la empatía para entender al otro o la paciencia para adaptarse a la previsible lentitud de los avances; pero también la necesidad de tener fines

y límites claros que orienten a las y los jóvenes y no les dejen solos con sus problemas. De otro modo, en culturas no del todo individualizadas, la idea de que las drogas son malas para la salud, sin ningún respaldo comunitario o moral, será un mensaje muy débil.

Pero hay otros principios que deben estar presentes cuando se trabaja con una minoría: conocer desde dónde se habla; activar los recursos del contexto; respetar los avances pequeños y proponer metas alcanzables; apoyar los procesos individuales, pero discutir la estructura social; aprender de los márgenes.

Saber desde dónde se habla

Como profesionales de la salud representamos una autoridad pública, y como no gitanos, representamos una cultura hegemónica. Hegemónico es aquello que no hay que explicar, que se da por sentado, que pide explicaciones al que no está en la norma. Es esencial que seamos conscientes de ello. Muchos malentendidos del trabajo social y del trabajo con minorías se basan en la cómoda asunción de que el otro comparte nuestros planteamientos (o que debería hacerlo) y que con una actitud comprensiva hemos hecho el trabajo de la comunicación. Entender que otra persona puede tener otros valores o dar un peso diferente a los mismos es importante, tanto como entender los propios.

El trabajo en salud no es neutral. Nuestra idea del cuerpo, de la enfermedad o la moralidad está tan determinada cultural y materialmente como la de los demás grupos. Eso es lo que nos une: saber que es discutible que el bienestar personal sea el fin de toda práctica médica o vital; que es discutible que tener dos hijos (ni más ni menos) y un hogar independiente de los padres sea la única forma familiar ventajosa y moderna; que es discutible que las disciplinas de la sociedad de consumo sean siempre liberadoras o gratificantes, o siempre negativas e inmorales.

Activar los recursos del contexto

Las personas y los grupos tienen formas propias de cuidar y cuidarse, fortalezas e ideas que los programas no deben pasar por alto. Es lo que habitualmente se llama empoderamiento, aunque no siempre está claro el significado de este término. Si se reconoce el poder del otro y su autoridad, debe hacerse en serio, dándole la posibilidad de participar en su progreso, aceptando un grado de disconformidad con sus pautas o caminos (siempre en los límites de los principios democráticos) y dejando que transforme su situación vital o al menos que la pueda discutir. Es siempre un camino complejo, pero todo plan de prevención debe contar seriamente con el poder y los recursos de los otros, destacarlos y fortalecerlos. Esto implica cierto reequilibrio entre la autoridad pública y la autoridad y saber de la juventud gitana.

- Ver los aspectos positivos, las fortalezas y las potencialidades de las personas.
- Ver y analizar las causas de los problemas y sus consecuencias.
- Desde el ámbito comunitario hay que conocer todos los recursos barriales significativos o útiles.

- Tener en cuenta a las asociaciones gitanas del barrio, ya que podrán aportarnos ideas y sugerencias sobre la prevención.

Proponer metas alcanzables

Otro elemento básico de la intervención con minorías o con personas que tienen menos poder que la institución que quiere ayudarlas, es la importancia de proponerse metas alcanzables y respetar los avances pequeños. Si se buscan grandes cambios, o cambios ajenos a la realidad estructural, el resultado será la frustración del profesional y del usuario o usuaria. No se trata de hacer programas modestos, pueden y deben ser ambiciosos, pero deben estar definidos de una manera que ofrezcan avances concretos que vayan cimentando la confianza en sí mismos de las y los jóvenes. Si los avances no se perciben y no se celebran, si solo se respeta el fin último o el ideal del cambio, las personas que han hecho grandes esfuerzos por un fin concreto retirarán su emoción y su confianza.

El comité asesor ha destacado la idea de que el profesional debe ser consciente de la dificultad de lograr objetivos a corto plazo. Alcanzar resultados implica un trabajo y esfuerzo continuado que, por lo general, suele lograrse a medio o largo plazo.

Apoyar los procesos individuales y discutir los procesos sociales

Lo anterior obliga a tener en cuenta el peso de la estructura. En situaciones de desigualdad social, muchas veces los avances se verán frustrados, las y los jóvenes no responderán como esperamos, la realidad de la marginación o la pobreza se impondrá. El resultado es a menudo el desencanto del profesional y la acusación inconsciente a las personas usuarias de sus problemas o su incapacidad para superarlos.

Para evitar esto se plantean dos vías: apoyar procesos individuales de cambio cuando una persona tiene ambiciones propias o pretende ir más lejos en la capacitación, en la información o en la prevención. Pero sobre todo es necesario discutir, con el equipo y con los propios jóvenes, los límites de la intervención, las condiciones materiales de su vida. Esta politización de la intervención social impedirá que consideremos a los jóvenes completamente responsables de los resultados, pero tampoco completamente ajenos.

La reflexión sobre los límites estructurales del propio trabajo y de la institución u organización en la que estamos puede ayudar a los equipos profesionales a tener un acercamiento más transformador y a la vez más equilibrado con su propio quehacer.

Aprender de los márgenes

La última recomendación consiste en aprender y transmitir lo aprendido en los lugares donde trabajamos. Vivimos en una sociedad del riesgo, donde todos y todas podemos ver y vernos en las fisuras y quiebras de la integración social. Al mismo tiempo, observamos que las personas tienen capacidad para mejorar su suerte en entornos muy difíciles. La innovación social, uno de los principios de la acción europea, debe ponerse a prueba en todos los programas. Es necesario

arriesgar con proyectos razonados y complejos, sabiendo que sus resultados serán útiles para la institución de la salud. Lo que se aprenda en los supuestos "márgenes" o con minorías será aplicable a la población general, que es cada vez menos homogénea y más plural.

5. Aproximación a la cultura gitana en España

España suele citarse, dentro del marco europeo, como el país donde la población gitana se encuentra más integrada y goza de mayores derechos e igualdad. Estos mayores logros relativos se atribuyen a los procesos históricos y a las características antropológicas de las poblaciones, pero también al desarrollo de un Estado democrático y social desde la Constitución de 1978.

Al mismo tiempo, la situación de la población gitana en España sólo es relativamente mejor que la de otras poblaciones gitanas europeas y las carencias y discriminaciones son tan llamativas como los innegables logros y avances.

Un largo proceso histórico de exclusión e inclusión explica esta ambivalencia. Por un lado, se trata de una población asentada desde hace siglos en pueblos y ciudades, con oficios propios y recursos familiares y materiales diversificados, casi siempre en situaciones de gran pobreza, pero no de segregación social, especialmente en Andalucía (donde reside el mayor número de personas gitanas). Una población cuya dimensión cifra la Encuesta Europea de Salud en 665.987 personas, que a grandes rasgos ha vivido las mismas transformaciones que sus compatriotas: tardía industrialización y el éxodo rural de los años 60 y 70, crisis del empleo a partir de los años 80, democratización del país y protección de los derechos como ciudadanos/as o la actual crisis económica y fiscal.

Pero todo ello lo ha vivido desde una posición más frágil y sintiendo los efectos de forma más intensa. Por ejemplo, en los años 70 del pasado siglo muchas familias gitanas emigradas desde zonas rurales a la periferia de las grandes ciudades, se instalaron junto con otros vecinos no gitanos en colonias de autoconstrucción. A pesar de este destino común, en los procesos de remodelación de barrios y de construcción de vivienda social, muchas personas gitanas quedaron relegadas (Nogués, 2010). Muchos tardaron años en acceder a una vivienda normalizada y esta huella del chabolismo sigue presente en la historia de los barrios y en la experiencia de muchas personas gitanas. Aunque estas situaciones casi han desaparecido en España, el acceso a la vivienda de la población gitana marginal ha sido más tardía y más precaria, ha llevado a veces al desarrollo de zonas urbanas habitadas mayoritariamente por población gitana (*barrios gueto*) y ha tenido efectos en el empleo o la educación de la juventud, así como en otros fenómenos asociados a la marginalidad, como el consumo y venta de la heroína en los años 80 y 90.

5.1. Principales elementos sociodemográficos

A continuación resaltamos algunos datos sociodemográficos que nos dan idea de esta posición de la población gitana y del impacto en la juventud.

Transición demográfica

El primer cambio fundamental de la población gitana española se refiere a la demografía. Es una población que ha atravesado una transición demográfica

iniciada antes de los años 70, con la reducción de la mortalidad y sobre todo de la mortalidad infantil, y el posterior descenso de la fertilidad. Actualmente, la media de hijos e hijas por familia es de 3,18, siendo de 1,94 la media de la población española, lo que implica un tamaño medio de hogares de 4,7 personas, frente al 2,8 de la población general (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

El efecto inmediato de este cambio ha sido un incremento de la población que se ha reflejado en el aumento de las necesidades (escolarización, vivienda, empleo ...) y una población muy joven, con una media de edad de 27 años (frente a los 40 de la población general). Para los fines de la intervención es importante recordar que la mitad de la población tiene menos de 25 años (FSG, 2005) y un 33% menos de 16 años.

Normalización y pobreza

En el terreno socioeconómico, el cambio que hay que resaltar es la normalización de la población gitana en España. Una reciente evaluación de las políticas de desarrollo gitano en los últimos veinte años (Kamira, 2012) concluía que el acceso a los bienes sociales y a las ayudas públicas había reducido de forma importante las diferencias absolutas entre población gitana y no gitana: la normalización administrativa, el realojo y el derecho a viviendas sociales, la escolarización casi completa de las niñas y niños en educación primaria, el acceso pleno al sistema nacional de salud y sus servicios, la posibilidad de cobrar ayudas o prestaciones por desempleo, vejez, enfermedad o pobreza, son citados como hitos de esta normalización. Al mismo tiempo, este y otros estudios concluyen que las diferencias relativas no sólo son grandes sino que se perpetúan de generación en generación y parecen estables. Es decir, la población gitana ha mejorado como lo ha hecho toda la población española, pero la distancia no se acorta.

Las y los gitanos son los españoles más pobres y están sobre representados en los espacios de la exclusión. Muchas familias gitanas se promocionaron gracias a la mejora general de la economía española en los años 90 y principios del siglo XXI, pero para la mayoría los datos hablan de estancamiento. En 2007, el 77% de la población gitana era pobre frente al 17% de la población general. Y dentro de este grupo, un 37% padecía pobreza severa, es decir, no alcanzaba el 30% del ingreso medio (Laparra Navarro, 2007). El Informe FOESSA de 2008 muestra que el índice de exclusión alcanza un 4,97 para la población gitana, casi cinco veces superior que el conjunto de la población.

Avances en educación y sus límites

Dentro de los cambios sucedidos, el educativo es llamativo porque parece sintetizar todas las contradicciones. El esfuerzo de la comunidad gitana, la sociedad civil y las administraciones ha dado frutos: una escolarización completa en primaria y el aumento de niños y niñas gitanas en preescolar. Sin embargo, persisten graves problemas de absentismo y fracaso escolar que explican, en parte, el límite de estos logros alcanzados.

Límite que se encuentra en la Educación Secundaria, donde parecen concentrarse todas las dificultades, tanto para los chicos como para las chicas: en España,

el 80% de las y los jóvenes que inician la ESO (Educación Secundaria Obligatoria) no la termina. Hay que considerar que la población adulta gitana tiene enormes carencias educativas, ya que de entre los mayores de 16 años el 70% no ha completado estudios de primaria. Por lo tanto estamos hablando de una población históricamente excluida de la educación, una desventaja que no ha podido salvarse en una generación. Junto a esto se producen fenómenos totalmente contemporáneos como la segregación escolar o la falta de recursos adecuados y de proyectos innovadores para reducir estas brechas que ponen en riesgo la integración de la población joven.

Alta actividad con gran temporalidad y desempleo

En la sociedad actual, educación y empleo van de la mano. Los datos de empleo de la población gitana muestran también las grandes dificultades para integrarse en un mercado de trabajo español ya de por sí dual y frágil. Durante los últimos treinta años, las y los gitanos españoles se han adaptado a la economía moderna, utilizando la venta ambulante, la chatarra, las obras y el peonaje agrícola como medios de subsistencia, salvo para una minoría de asalariados y una pequeña élite de profesionales y artistas. Esto dibuja un cuadro de una alta actividad en la población gitana, cercana al 70%, pero con una gran temporalidad y desempleo, que podría situarse en el 40% actualmente (FSG, 2005). Por otra parte, las fuentes de empleo se están viendo reducidas por nuevas regulaciones (de recogida de residuos o limitación de la venta ambulante) y por la competencia de "otros pobres".

Por lo tanto, para las y los jóvenes se abre un futuro oscuro donde las barreras al empleo se hacen más altas: actividades sometidas a gran presión que no sostienen la promoción, tan solo la supervivencia familiar, y un mercado laboral en crisis en el que compiten en inferioridad de condiciones por el cruce de sus niveles educativos más bajos y la gran discriminación y racismo que sufren.

Avances en el acceso a la vivienda con un futuro incierto

Los avances en el realojo y el acceso a la vivienda han sido grandes en los últimos años: solo un 5% de la población gitana vive en infravivienda y alrededor del 6% lo hace en viviendas muy deterioradas. Pero de nuevo estamos ante la misma pregunta: *¿Podrán las y los jóvenes gitanos acceder a una vivienda digna en las condiciones actuales del mercado de la vivienda y el alquiler y con la reducción drástica de las promociones de vivienda social?*

Parece que nuevos fenómenos de chabolismo vertical, hacinamiento o de decadencia de barrios sometidos a altas cifras de paro pueden estar intensificándose. El impacto de estos procesos sobre el consumo de drogas puede ser importante, aunque es difícil de valorar sin estudios específicos.

Diversidad interna

Si se hablaba de heterogeneidad en la población gitana europea, lo mismo puede decirse de la española. El cambio social de los últimos años no ha hecho sino aumentarla, con un grupo de gitanas y gitanos promocionados e integrados (alrededor del 25% según el informe FOESSA, aunque la mayoría precariamente), una mayoría en la exclusión "compensada" (según el término del informe) y un grupo de casi un 30% viviendo en situación de exclusión severa.

Además, en España son muy importantes las diferencias regionales (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011): los datos de empleo, renta y educación varían enormemente en los diferentes territorios y no coinciden necesariamente con los indicadores de apertura o integración social. Por ejemplo, en el noreste, los datos de empleo o educación son mejores que las personas gitanas andaluzas, pero los valores modernos y la apertura social son mucho más intensos en el sur. En relación con el cambio de valores, hay que citar la religión como una fuente importantísima de variedad interna: frente a las y los gitanos no creyentes y los católicos, la Iglesia de Filadelfia, una iglesia compuesta y organizada por gitanos y gitanas, ha tenido un desarrollo muy rápido y un gran impacto en la voluntad de modernización selectiva (o tradicionalismo selectivo, según el punto de vista), compitiendo con otras formas de organización, como el asociacionismo gitano, también muy importante en estos años.

También en España hay que citar como fuente de diversidad interna el género y la generación. Las mujeres aparecen en todos los estudios como agentes de cambio, más ligadas que los varones, incluso que los jóvenes, a los valores modernos. Por su parte, las nuevas generaciones han vivido el gran impacto de la urbanización, la educación, las tecnologías, lo que sitúa a la juventud gitana en procesos ambivalentes de integración/exclusión social y cambio en las costumbres.

Las mujeres jóvenes gitanas se sitúan en un lugar especial. La protección o el control que las rodea forma parte del núcleo cultural de un grupo donde las estrategias matrimoniales han sido básicas (Gamella, 2000a) y, al mismo tiempo, la sociedad les atribuye la posibilidad y casi el deber de transformar esas costumbres. Estas contradicciones tienen una traducción práctica y generan conflictos, por ejemplo, en relación con la escolarización obligatoria hasta los 16 años (Pernas, 2005).

5.2. La salud de la población gitana en España

Quizás el aspecto donde ha sido más notable el impacto positivo de las políticas públicas y la democratización del Estado es en el área de la salud. Unido al ascenso general del nivel de vida, la vivienda y la educación, un sistema sanitario público, gratuito y universal ha provocado una mejoría notable en el colectivo. Incluso la relajación del racismo y el reconocimiento de derechos tienen un impacto claro en la salud de una minoría. Al mismo tiempo las desigualdades en salud son quizás las más injustas y se transmiten de generación en generación.

Las personas expertas explican que no puede conocerse sin censos completos la esperanza de vida de la población gitana, aunque suponen que es inferior a la media nacional. Otras diferencias han sido recogidas por las encuestas nacionales realizadas en los últimos años donde se compara a la población gitana con la no gitana de similar estatus socioeconómico (La Parra Casado, 2009; Arza Pozas, 2008). Por ejemplo, la percepción de la salud es peor entre la población gitana y esta diferencia se multiplica a partir de los 55 años; solo un 10% de las mujeres mayores de 55 años dicen que su salud es buena, frente al 38% de la población general. En las enfermedades crónicas, entre las y los gitanos se dan más diagnósticos de asma, úlcera, alergia, jaquecas, colesterol, y más problemas

cardiovasculares. La depresión alcanza el 17% en mujeres gitanas (frente al 7% en el conjunto nacional).

En los hábitos de vida aparecen también diferencias: peor dieta, menos deporte en menores y personas adultas o consumos tempranos de tabaco en los varones. Son algunos riesgos que provocan nuevas enfermedades o hacen más vulnerable a una población muy joven.

El acceso al sistema de salud está normalizado, aunque sigue habiendo carencias. Por ejemplo, en los tratamientos no cubiertos por el sistema gratuito o en las áreas que se asocian con la prevención, es menor (como la salud bucodental, la salud reproductiva en las mujeres o el acceso de la población gitana).

Las desigualdades se deben a factores de tres tipos (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011):

- Fundamentalmente a la pobreza y la exclusión social, lo que incluye problemas y carencias materiales, estrés y preocupación y también factores subjetivos asociados a la propia imagen y autoestima.
- A la cultura (o a la crisis de la cultura), que implica una lejanía de las prácticas preventivas, un sobre esfuerzo especialmente de las mujeres y una dificultad para el seguimiento de los tratamientos o los hábitos saludables (Ayala Rubio, 2008). Pero también puede relacionarse con la vivencia en el secreto de ciertas enfermedades, como el VIH, o de ciertos problemas sociales y de salud, como la violencia de género.
- También influye el propio sistema sanitario y su incapacidad para adaptarse a ciertas situaciones o entender la diversidad. De nuevo, la base universal del acceso a la salud es el factor básico de igualdad, pero sobre esa base es necesario generar proyectos específicos e innovadores para atender a ciertas poblaciones y compensar las desigualdades en salud.

5.3. Juventud gitana y drogas

Los estudios muestran que el consumo de drogas en la población gitana es más temprano y más determinada por el género que en la población no gitana (MSC-FSG, 2008). No es posible saber si es más prevalente, aunque sí parecen serlo algunos consumos legales: el 56% de los jóvenes entre 16 y 24 años fuma (frente al 30% del grupo socialmente comparable). La edad de inicio es a los 14 (frente a los 17 en general). También el consumo de alcohol es mayor y se inicia antes, alrededor de los 16. Por el contrario, las mujeres muestran un consumo sistemáticamente menor de todas las sustancias.

En cuanto a la pregunta sobre la existencia de problemas con las drogas, una minoría declara tener un problema en su familia, menos del 3%, pero que asciende al 4,6% en población que vive en chabolas. Estas personas son varones mayoritariamente, tienen problemas con el alcohol (en un 53%) y con otras drogas, y a veces hay más de un miembro de la familia comprometido. Por lo tanto, aunque el reconocimiento de un problema de consumo no está extendido, pue-

de estar concentrado en algunos entornos y familias, lo que agrava la situación de marginación. Al mismo tiempo, la población gitana está más preocupada que el resto de la población por las drogas, lo que quizás se explica por la traumática experiencia de la heroína en España y su impacto notable en la vida y en la imagen de algunos entornos gitanos (Gamella, 2000b; Equipo Barañí, 2001).

En relación con los consumos propios de la juventud española, para la que sí existen datos, el cannabis y en segundo lugar la cocaína aparecen como los más frecuentes, habiéndose estabilizado el consumo en los últimos años. Los estudios muestran una gran variedad regional y una tendencia a mezclar drogas "recreativas" y asociadas a la fiesta, destacando el alcohol. Dentro de este panorama general, **la juventud gitana puede encontrarse en situaciones de mayor riesgo ante las drogas por varios motivos:**

- Entrada más temprana a la vida adulta, con capacidad para consumir y tomar decisiones a pesar de la corta edad.
- Acceso fácil y la disponibilidad de algunas drogas, junto a la permisividad hacia determinados consumos (el cannabis, por ejemplo) como parte de una cultura de barrio, sobre todo en jóvenes varones.
- Dificultades de las familias gitanas para dar respuestas adecuadas a problemas de las y los jóvenes o adolescentes gitanos, tendiendo a ser muy protectoras o demasiado autoritarias y careciendo a menudo de recursos para reconocer y afrontar el problema.
- Fracaso escolar y falta de expectativas asociadas, señalado en los estudios especializados como factor de riesgo.
- Falta de oportunidades de ocio, bien por falta de adaptación a esta población, falta de inversión en los barrios donde residen o por normas culturales que afectan especialmente a las chicas. El tiempo libre y el ocio basado en la calle puede exponer a muchos jóvenes a consumos más negativos.
- En todos, pero sobre todo en las chicas, los caminos de la vida que antes estaban claramente establecidos ahora se encuentran desdibujados y sometidos a grandes presiones de la familia, la comunidad o la sociedad en general. Las tensiones o la falta de referencias pueden tener consecuencias importantes en el tipo de consumo y en la gravedad de sus efectos.
- Otros riesgos, como la exposición a la sociedad de consumo y sus pautas, la búsqueda de satisfacción o escape. Son parecidos a los que vive la sociedad en general, pero algunas expertas y expertos consideran que parte de la población gitana tiene más dificultades para filtrar esos mensajes o reinterpretarlos, pudiendo estar más expuesta a sus consecuencias negativas.

Junto a esto, los estudios muestran una escasez de investigaciones y recursos específicos adaptados a la realidad de las y los jóvenes gitanos en relación con las drogas:

- La prevención exigiría un acercamiento específico, no tanto a la población gitana *per se*, sino a ciertos grupos de edades y a ciertos entornos (probablemente mixtos en cuanto a etnia) con proyectos organizados desde

las áreas primarias de salud, la salud pública y los planes de drogas, con la colaboración de la sociedad civil.

- Muchos proyectos de prevención se realizan en la escuela, donde no están las y los jóvenes gitanos, o desde recursos especializados que se ven como lejanos o estigmatizados.
- Las redes de influencia y apoyo de la juventud gitana deben ser estudiadas. El peso de los iguales en el consumo es importante, pero lo es sobre todo de otros jóvenes de la familia extensa (hermanos/as, primos/as) y de otros jóvenes que no son ni parientes ni vecinos, con los que existe una gran comunicación gracias a las nuevas tecnologías. Al mismo tiempo, las influencias generales y las relaciones con no gitanos juegan también un gran papel.

En relación al tratamiento habría que investigar qué recursos están utilizando las familias gitanas en casos de problemas serios con las drogas, qué papel juegan los variados recursos y los centros terapéuticos públicos y privados, qué imagen se tiene de ellos y cómo se utilizan.

Al mismo tiempo, la comunidad gitana tiene factores preventivos, desde la fortaleza de algunas familias (pero no de todas), o la influencia de la Iglesia en los hábitos relativos a la salud y el respeto al propio cuerpo. Y algunos factores difíciles de evaluar, como es el rechazo al consumo de las mujeres. Esto ha sido, sin duda, un factor de protección para las jóvenes, pero en caso de consumo, puede empeorar una situación que se llevará en secreto o concitará un mayor rechazo. Cualquier política en este sentido debe estar atenta al género y no dar por hecho la protección de las jóvenes.

En conclusión, encontramos una juventud numerosa en un momento de intenso cambio cultural dentro de un contexto de crisis económica y del empleo. Las y los jóvenes gitanos probablemente han dejado la escuela e intentan salir adelante en momentos de gran dificultad económica, movilizando los recursos personales y familiares, las ayudas sociales (menguantes) y las vías de acceso al mercado de trabajo discriminatorio. Se encuentran a medio camino entre la integración plena en los estratos más pobres de la sociedad urbana y de consumo y la identidad gitana que puede vivirse como una protección, un soporte para el proyecto personal o colectivo, o un repliegue ante la hostilidad del mundo. Pueden sentirse, como tantos jóvenes de barrios pobres europeos, separados de las redes de información, consumo y riqueza, o bien protegidos por una subcultura popular propia que reinterpreta los mandatos sociales. Las drogas, de todo tipo, pueden ser un puente hacia la sociedad más abierta y cosmopolita, o una marca del grupo, pueden transmitir rebeldía o agobio. Su sentido social forma parte del consumo y también de la caída o prevención en sus efectos negativos.

Cualquier trabajo de prevención y tratamiento de las adicciones debe considerar la complejidad del momento, el carácter (muy) contextual de los consumos y las relaciones intra e inter comunitarias de la juventud gitana para actuar con mayor acierto.

Referencias bibliográficas

(Manual para la práctica)

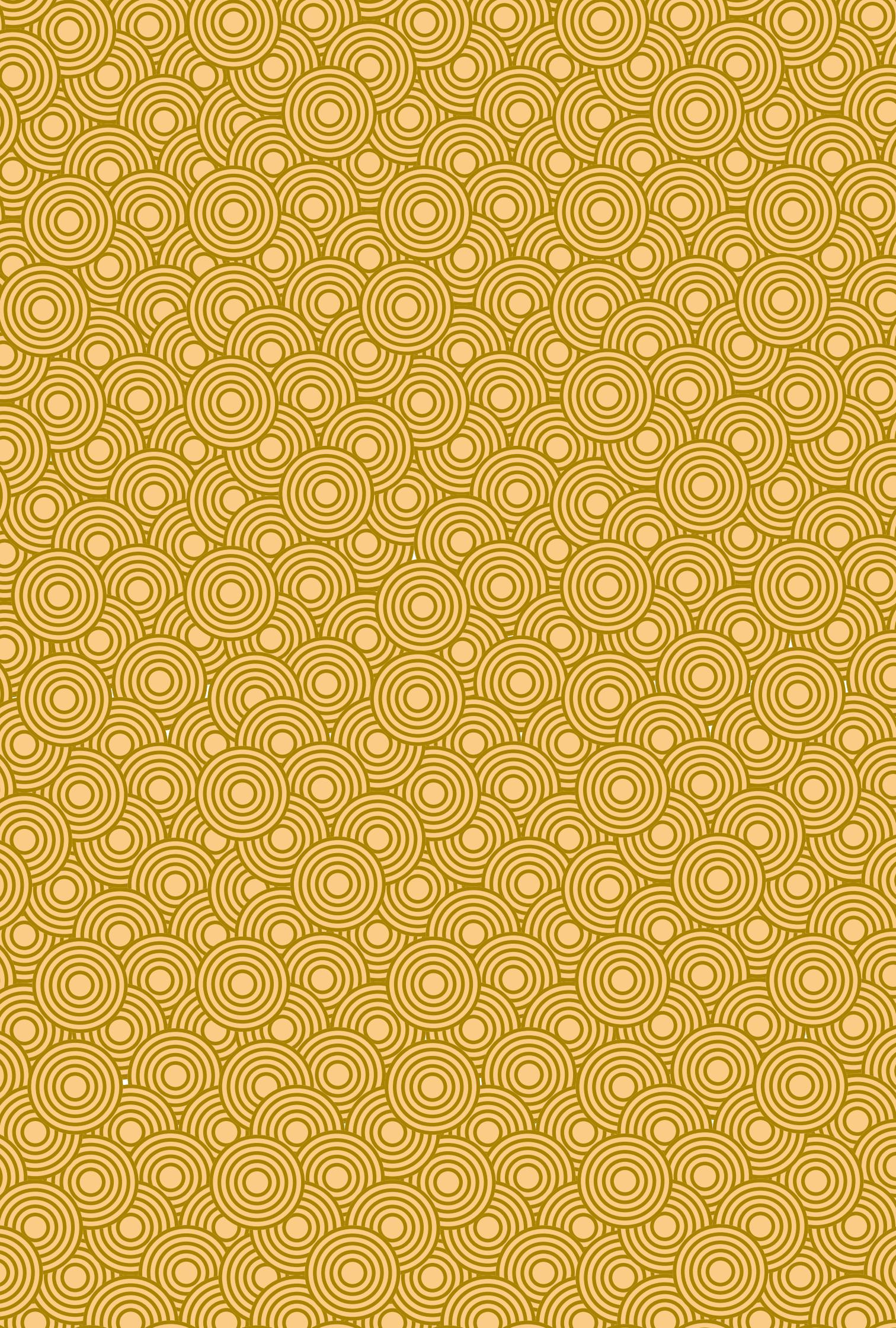
- Arbex, C. (1996). *Actuar con la comunidad gitana: orientaciones para la intervención en drogodependencias desde los servicios asistenciales*. Asociación Secretariado General Gitano (ASGG).
- Arbex, C. (1999). *La comunidad gitana y el fenómeno de las drogodependencias*. VI Encuentro Nacional y su Enfoque Comunitario. Diputación de Cádiz.
- Arza Porras, J. (2008). *Comunidad gitana y salud. La situación de la Comunidad gitana en España en relación con la salud y el acceso a los servicios sanitarios. Conclusiones, recomendaciones y propuestas*. Ministerio de Sanidad y Consumo y Fundación Secretariado Gitano.
- Ayala Rubio, A. (2008). *Actitudes y pautas de comportamiento de la población gitana de la Comunidad de Madrid en relación a su salud*. Madrid. Instituto de Salud Pública de la CM (Servicio de Promoción de la Salud) y la Universidad Complutense de Madrid (Departamento de Antropología Social).
- Comas, D. (2010). *Un lugar para otra vida*. Madrid, Fundación Atenea-Grupo GID.
- Díez, E. y Peiró, R. (2004). Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 2004, 18 (Supl. 1).
- Dillon, L. et al. (2007). *Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences*. Home Office Online Report 04/07.
- Elzo, J. (2002). Aspectos de la cultura juvenil. En: *Sociedad y drogas, una perspectiva de quince años*. Madrid: FAD.
- Equipo Barañí. (2001). *Mujeres gitanas y sistema penal*. Madrid: Ediciones ME-TYEL.
- EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2008). *Drugs and vulnerable groups of young people*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Ferrer, F. (2003). El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. *Gaceta Sanitaria* 2003; 17 (Supl 3): 2-8. Alicante. Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante.
- FSG Health Area (coord.) (2009). *Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.
- FSG. (2005). *población gitana y Empleo. Un estudio comparado*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.
- FSG (s/f). *Retos en los contextos multiculturales. Competencias interculturales y resolución de conflictos*. Serie de materiales de trabajo nº 32. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.
- Fundación Foessa. (2008). *VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008*. Madrid: Cáritas Española.

- Gamella, J.F. (2002). Exclusión social y conflicto étnico en Andalucía. Análisis de un ciclo de movilización y acción colectiva antigitana (1976-2000). *Gazeta de Antropología*, nº18.
- Gamella, J.F. (2000a). *Matrimonio y género en la cultura gitana de Andalucía*. Junta de Andalucía, Secretaría para la Comunidad gitana.
- Gamella, J.F. (2000b). Veinte años de heroínomanía en España. Balance de una crisis de drogas, en Corcoy, M. y Ruidíaz, C. (coord.) *Problemas criminológicos en las sociedades complejas*. Universidad Pública de Navarra.
- García, C. (2006). *Guía para la actuación con la Comunidad gitana en los Servicios Sanitarios*. Madrid. Fundación Secretariado Gitano.
- Kamira. (2012). *Analysis and Assessment of the integration policies for the Romani people Spain: What did we learn?* Budapest, Open Society Roma Initiative.
- La Parra Casado, D. (2009). *Hacia la equidad en salud. Disminuir las desigualdades en una generación en la Comunidad gitana. Estudio comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a población gitana y población general de España, 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social y Fundación Secretariado Gitano.
- Laparra Navarro, M. (2007). *Informe sobre situación social y tendencias de cambio en la población gitana. Una primera aproximación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Diagnóstico social de la Comunidad gitana en España. Un análisis contrastado de la Encuesta del CIS a Hogares de población gitana 2007*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- MSC-FSG. (2008). *Estilos de vida de la Comunidad gitana*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Fundación Secretariado Gitano.
- Nogués, L. (2010). *Exclusión residencial y políticas públicas. El caso de la minoría gitana en Madrid, (1986-2006)*. Universidad de Granada.
- OSC, Observatorio de Salud Pública de Cantabria (2012). *Estudio sobre determinantes de salud de la población gitana cántabra. Resumen*.
- Pernas, B. (2005). La cuestión gitana. Reflexiones en torno a la educación y el cambio social. *Cuadernos de Trabajo*, Instituto de Realojamiento e Integración social. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Santolaya Ochando, F. (coord.) (2008). *Guía para la prevención del consumo de cannabis en población vulnerable e inmigrantes. Visión diferencial para ambos sexos*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.



PARTE II:
ACCIONES PARA LA PRÁCTICA





A) Introducción

Esta segunda parte de la Guía, **Acciones para la Práctica**, tiene la finalidad de presentar de una forma pedagógica los contenidos expuestos en la primera parte (**Manual para la Práctica**). Por lo tanto, las dinámicas que se presentan a continuación se vinculan con los contenidos abordados en la primera parte, que de una forma amena y práctica complete el proceso de formación diseñado. Por este motivo, se recomienda la lectura de la primera parte antes de abordar las dinámicas formativas.

Esta segunda parte también pretende, a través de diferentes dinámicas y técnicas, generar espacios de reflexión sobre las percepciones, actitudes y otros aspectos presentes en nuestra práctica sanitaria profesional, con la idea de mejorar nuestra intervención.

El objetivo de este manual es lograr mejorar la atención e intervención sanitaria sobre la comunidad gitana, y contribuir así a disminuir las desigualdades que les afectan en materia de salud.

B) Estructura del documento

La propuesta de las *Acciones para la Práctica* se estructura, en cuanto a contenidos, de la misma forma que la primera parte (*Manual para la Práctica*):

- **Bloque 1:** Se plantea *Partir de la Práctica* sanitaria de los diversos profesionales en relación con la comunidad gitana.
- **Bloque 2:** Se *Analiza* la realidad de esta población en función de los contenidos y dinámicas propuestas.
- **Bloque 3:** *Volver a su Práctica* con nuevos elementos para mejorarla.

La propuesta consta de un total de 10 sesiones (agrupadas en los 3 grandes bloques temáticos), con una duración aproximada de una hora cada una de las sesiones. Dentro de cada sesión se incluyen una serie de dinámicas, que permitirá abordar los contenidos.

Realizar las 10 sesiones de los 3 bloques permitirá trabajar todos los contenidos de este manual, de forma que se obtendrá una formación integral a través de una secuencia lógica de sesiones y dinámicas.

Sin embargo, el proceso formativo diseñado también contempla otras alternativas, en forma de itinerarios, que permitan adaptarse a diferentes contextos o situaciones, en relación a la existencia de posibles limitaciones (de tiempo o de recursos) para abordar todas las sesiones o dinámicas. Estos itinerarios alternativos permitirán trabajar la propuesta de forma separada, en función del perfil de los participantes, el tiempo que se tenga y/o los contenidos que se quieran abordar (con mayor o menor exhaustividad). Se plantean 2 tipos de itinerarios o rutas formativas:

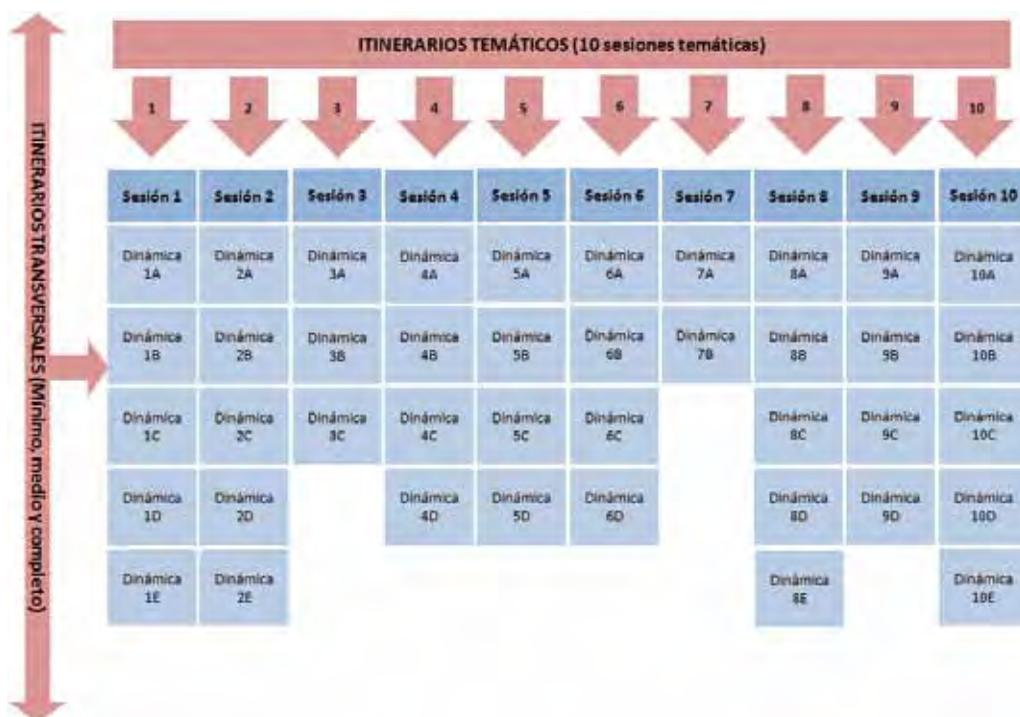
1.-Transversales: Se abordarán, con mayor o menor exhaustividad, todos los contenidos del manual, completando así una formación integral. Se han diseñado 3 itinerarios transversales:

a) Mínimo: De una duración de 2 horas y 35 minutos, permitirá tener una visión general de los contenidos del Manual.

b) Medio: De una duración de 5 horas y 20 minutos, permitirá tener una visión más completa de los principales contenidos, incluyendo dinámicas que permitan reflexionar con mayor profundidad sobre los conceptos e ideas principales.

c) Completo: De una duración de 10 horas, se realizarán todas las sesiones y dinámicas contempladas, siendo ésta la opción más recomendada.

2.-Temáticos: Estos abordarán bloques o sesiones temáticas, de forma que se pueda focalizar la formación en los aspectos de mayor interés para las y los destinatarios de la formación (cada Sesión aborda un tema específico y dura 1 hora).



ITINERARIOS TRANSVERSALES

ITINERARIOS TRANSVERSALES: MÍNIMO (Duración: 2 horas y 35 minutos)

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10
Dinámica 1A	Dinámica 2A	Dinámica 3A	Dinámica 4A	Dinámica 5A	Dinámica 6A	Dinámica 7A	Dinámica 8A	Dinámica 9A	Dinámica 10A
Dinámica 1B	Dinámica 2B	Dinámica 3B	Dinámica 4B	Dinámica 5B	Dinámica 6B	Dinámica 7B	Dinámica 8B	Dinámica 9B	Dinámica 10B
Dinámica 1C	Dinámica 2C	Dinámica 3C	Dinámica 4C	Dinámica 5C	Dinámica 6C		Dinámica 8C	Dinámica 9C	Dinámica 10C
Dinámica 1D	Dinámica 2D		Dinámica 4D	Dinámica 5D	Dinámica 6D		Dinámica 8D	Dinámica 9D	Dinámica 10D
Dinámica 1E	Dinámica 2E						Dinámica 8E		Dinámica 10E

ITINERARIOS TRANSVERSALES

ITINERARIOS TRANSVERSALES: MEDIO (Duración: 5 horas y 20 minutos)

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10
Dinámica 1A	Dinámica 2A	Dinámica 3A	Dinámica 4A	Dinámica 5A	Dinámica 6A	Dinámica 7A	Dinámica 8A	Dinámica 9A	Dinámica 10A
Dinámica 1B	Dinámica 2B	Dinámica 3B	Dinámica 4B	Dinámica 5B	Dinámica 6B	Dinámica 7B	Dinámica 8B	Dinámica 9B	Dinámica 10B
Dinámica 1C	Dinámica 2C	Dinámica 3C	Dinámica 4C	Dinámica 5C	Dinámica 6C		Dinámica 8C	Dinámica 9C	Dinámica 10C
Dinámica 1D	Dinámica 2D		Dinámica 4D	Dinámica 5D	Dinámica 6D		Dinámica 8D	Dinámica 9D	Dinámica 10D
Dinámica 1E	Dinámica 2E						Dinámica 8E		Dinámica 10E



ITINERARIOS TRANSVERSALES: COMPLETO (Duración: 10 horas)

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10
Dinámica 1A	Dinámica 2A	Dinámica 3A	Dinámica 4A	Dinámica 5A	Dinámica 6A	Dinámica 7A	Dinámica 8A	Dinámica 9A	Dinámica 10A
Dinámica 1B	Dinámica 2B	Dinámica 3B	Dinámica 4B	Dinámica 5B	Dinámica 6B	Dinámica 7B	Dinámica 8B	Dinámica 9B	Dinámica 10B
Dinámica 1C	Dinámica 2C	Dinámica 3C	Dinámica 4C	Dinámica 5C	Dinámica 6C		Dinámica 8C	Dinámica 9C	Dinámica 10C
Dinámica 1D	Dinámica 2D		Dinámica 4D	Dinámica 5D	Dinámica 6D		Dinámica 8D	Dinámica 9D	Dinámica 10D
Dinámica 1E	Dinámica 2E						Dinámica 8E		Dinámica 10E

A continuación (*Apartado C: Esquema Resumen de Acciones y Sesiones*), se incluye una tabla resumen con todas las sesiones y acciones que se proponen, con el nombre de la acción, una breve descripción de la actividad, su duración y una forma de identificarla (por ejemplo, 1A: donde el número (1) corresponde a la sesión y la letra (A) es el identificador único).

Posteriormente (*Apartado D: Itinerarios Formativos*), se ofrece una explicación detallada de cada una de las sesiones y dinámicas, con los siguientes apartados: nombre, duración, objetivo, técnica, material necesario y el procedimiento detallado de cómo realizar la dinámica.

Finalmente, se incluye una relación de *Anexos* con documentación e información complementaria necesaria para realizar las dinámicas⁹, entre las que se incluyen:

- Fichas resumen de los contenidos que deben trabajarse en las dinámicas y sesiones (que se desarrollan con mayor profundidad en el *Manual para la Práctica*).
- Material de trabajo específico de las dinámicas: explicación de técnicas (DAFO, Determinantes de la Salud o el Árbol Social).
- Otros (ficha de evaluación o noticias de prensa).

9.- La bibliografía incluida en los Anexos se puede encontrar en las Referencias Bibliográficas de la Parte I (Manual para la Práctica) o de la Parte II (Acciones para la Práctica).

ITINERARIOS FORMATIVOS TRANSVERSALES:
Mínimo, Medio y Completo

BLOQUE 1	Mín.	Medio	Completo	BLOQUE 2	Mín.	Medio	Completo	BLOQUE 3	Mín.	Medio	Completo
1A	X	X	X	4A			X	8A			X
1B		X	X	4B			X	8B			X
1C			X	4C	X	X	X	8C	X	X	X
1D		X	X	4D			X	8D		X	X
1E			X	5A			X	8E			X
2A			X	5B			X	9A			X
2B			X	5C	X	X	X	9B	X	X	X
2C	X	X	X	5D			X	9C		X	X
2D		X	X	6A			X	9D		X	X
2E			X	6B			X	10A			X
3A			X	6C	X	X	X	10B	X	X	X
3B		X	X	6D			X	10C	X	X	X
3C		X	X	7A			X	10D		X	X
				7B				10E	X	X	X

C) Esquema resumen de acciones y sesiones

BLOQUE	DINÁMICA	ACCIÓN	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN
1	1A	Bienvenida y presentación de participantes y facilitadores	5 min.	Breve presentación de las personas asistentes (a través de la técnica de la pelota o madeja de lana).
1	1B	Introducción a los dinámicas	10 min.	Presentación de contenidos y objetivo de la formación. También se planteará una pregunta, que permitirá al finalizar la formación contrastar el cambio de percepción producido en las y los participantes.
1	1C	¿Qué sabemos de la población gitana?	15 min.	Breve autodiagnóstico, a través de una serie de preguntas, sobre cuál es nuestro conocimiento de la población y cultura gitana.
1	1D	Un poco de historia	25 min.	Conocer más la historia e identidad de la población gitana, a través del visionado de un video o lectura de un texto, y una posterior reflexión.
1	1E	Presentación del manual	5 min.	Breve presentación del Manual: <i>Salud, Prevención de Adicciones y Juventud Gitana en Europa: Un Manual y Acciones para la Práctica</i> dirigido a profesionales de la salud y de la intervención social.
1	2A	Introducción sobre la percepción de la población gitana	5 min.	Breve presentación.
1	2B	Percepción de la sociedad sobre las personas gitanas	5 min.	Reflexión grupal sobre qué se piensa y/o dice normalmente de la población gitana.
1	2C	Prejuicios y estereotipos	20-30 min.	A través de responder un test, se reflexionará sobre nuestra percepción y la posible existencia de prejuicios y estereotipos.
1	2D	Reflexión sobre las diferencias y problemas	15 min.	Reflexión teórica (a partir de los contenidos del Manual para la Práctica) sobre cómo nos relacionamos con la población gitana.

BLOQUE	DINÁMICA	ACCIÓN	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN
1	2E	¿Tenemos prejuicios?	5 min.	Principales conclusiones o ideas sobre los prejuicios y estereotipos, a modo de síntesis final.
1	3A	Introducción a la relación de la población gitana con el sistema sanitario	5 min.	Breve presentación.
1	3B	Nuestra relación con la población gitana como profesional de salud	25 min.	A través de un role-playing (juego de roles), se reflexionará sobre cuáles son las relaciones que se dan en nuestra práctica habitual.
1	3C	Reflexionar sobre la relación entre población gitana y profesionales de salud	20 min.	A partir de una presentación teórica y análisis grupal, se abordará cuál es la relación que se suele establecer con la población gitana.
2	4A	Introducción a la cultura gitana en Europa y su realidad social	5 min.	Breve presentación.
2	4B	Cómo podemos analizar la información	10 min.	Conocer una forma de analizar la realidad, a través de la técnica del Árbol Social.
2	4C	Realidad social de la comunidad gitana en Europa	20 min.	Presentación de algunos de los principales elementos de la realidad social de la población gitana en Europa.
2	4D	Análisis y comprensión de la realidad social	25 min.	Análisis de los principales elementos de la realidad social de la población gitana, a través de la técnica del Árbol Social para una mejor comprensión de esta realidad.
2	5A	Introducción a la población gitana y la salud	5 min.	Breve presentación.
2	5B	Cómo analizar la información en materia de salud	10 min.	Presentar una forma de análisis de la información, a partir de la técnica de los Determinantes de la Salud.
2	5C	La población gitana europea en relación con la salud	20 min.	Presentación del estado de salud de la población gitana en Europa, así como algunas ideas relacionadas con salud y la relación con el Sistema Sanitario.

BLOQUE	DINÁMICA	ACCIÓN	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN
2	5D	Análisis y comprensión de la realidad en materia de salud	25 min.	Análisis de la realidad a partir de la Técnica de los Determinantes de la Salud y principales conclusiones.
2	6A	Introducción sobre drogas y juventud gitana	5 min.	Breve presentación.
2	6B	Cómo analizar la información en materia de drogas y jóvenes	10 min.	Presentar una forma de análisis de la información, a partir de la técnica DAFO.
2	6C	Factores socioculturales en el contexto de las drogas	20 min.	Conocer algunos de los factores socioculturales de la población gitana para una mejor comprensión de su relación con la salud y drogas.
2	6D	Análisis de la información en materia de juventud y drogas	25 min.	Análisis de la realidad a partir de la técnica DAFO y llegar a algunas conclusiones.
2	7A	Resumen y síntesis de los bloques 1 y 2	20 min.	Contraste y reflexión sobre los contenidos e ideas abordadas.
2	7B	Principales aprendizajes y conclusiones	30 min.	Principales conclusiones de y los contenidos abordados.
3	8A	Algunas pautas para lograr una comunicación y relación empática	5 min.	Breve presentación.
3	8B	De dónde partimos	10 min.	Reflexión sobre las dificultades de comunicación y la relación que se puede establecer entre las personas gitanas y las y los profesionales de salud.
3	8C	Algunas pautas para lograr una comunicación y relación empática	15 min.	Presentación de algunas pautas que pueden contribuir a establecer una comunicación y relación empática.
3	8D	Puesta en práctica	25 min	Puesta en práctica de pautas sobre comunicación y empatía.
3	8E	Lleguemos a conclusiones	5 min.	Principales conclusiones sobre empatía y comunicación.
3	9A	Introducción al desarrollo de actitudes mediadoras	5 min.	Breve presentación.

BLOQUE	DINÁMICA	ACCIÓN	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN
3	9B	Pautas para el desarrollo de actitudes mediadoras y cómo abordar el conflicto	15 min.	Ofrecer algunas pautas que permitan desarrollar actitudes mediadoras y abordar la aparición de conflictos.
3	9C	Análisis de situaciones conflictivas	15 min.	Análisis crítico de una situación real conflictiva.
3	9D	Busquemos alternativas	25 min.	Búsqueda de soluciones y acciones que permitan desarrollar actitudes mediadoras y abordar situaciones conflictivas.
3	10A	Introducción a otros aspectos en mi práctica	5 min.	Breve presentación.
3	10B	Pautas socioculturales para trabajar con población gitana	15 min.	Conocer algunas pautas socioculturales que permitan mejorar la práctica sanitaria.
3	10C	Cómo incorporar los factores socioculturales en mi práctica profesional	20 min.	Definir estrategias y acciones concretas que permitan incluir los factores socioculturales en la práctica sanitaria.
3	10D	Conclusiones finales de las acciones para la práctica	15 min.	Principales conclusiones e ideas fuerza obtenidas durante la formación.
3	10E	Evaluación	5 min.	Evaluación de Acciones para la Práctica

D) Itinerarios formativos

BLOQUE 1: ¿Cómo nos relacionamos con la población gitana y su juventud?: “Partir de lo que sabemos”

SESIÓN 1: ¿QUÉ SABEMOS DE LA POBLACIÓN GITANA?

OBJETIVOS:

- Reflexionar sobre el grado de conocimiento que tenemos de la población y la cultura gitana: conocer su historia y empezar a comprender su forma de ser y relacionarse.

DINÁMICA 1A	<i>Bienvenida y presentación de participantes y facilitadores/as</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• 5 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">• Presentación de las personas asistentes y generar un ambiente distendido y agradable para iniciar la formación.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none">• Dinámica de presentación: <i>Pelota o madeja de lana</i>.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none">• Pequeña pelota, madeja de lana u otro objeto para pasar la palabra.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none">1. Dar la bienvenida a las y los participantes.2. Comentar brevemente el tema y objetivo de la formación.3. Hacer una breve presentación de las y los participantes y de las y los facilitadores, a través de la técnica de la pelota o madeja de lana. Algunos temas de la presentación pueden ser:<ul style="list-style-type: none">- Responder a algunas preguntas como: nombre, donde nació, afición o deporte favorito, lo que más le gusta de su trabajo.- Labor profesional, institución a la que pertenece, etc.- Pueden incorporarse más preguntas dependiendo del grado de conocimiento de las y los participantes.4. La forma de pasar la palabra puede ser pasando una pelota, una madeja de lana. El facilitador/a deberá indicar que la presentación debe ser rápida.

DINÁMICA 1B	<i>Introducción a los dinámicas</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 10 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Plantear brevemente el objetivo de la formación que se va a llevar a cabo con el personal sanitario en el centro.
TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación oral de la ficha resumen: <i>ANEXO: Introducción a la formación.</i> • <i>Dinámica inicial:</i> Se trata de plantear una pregunta a las y los participantes. Esta dinámica deberá ser replicada al final de la formación (ver dinámica 10D), lo que nos permitirá conocer y contrastar cómo ha cambiado la percepción de las y los participantes durante la formación. El facilitador/a deberá conservar las respuestas. • No se explicará el objetivo de esta información a las y los participantes.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Anexo: Introducción de la Formación.</i> • Folios y bolígrafos.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. El facilitador/a hará una breve introducción del curso a partir de la ficha resumen. 2. Planteará la <i>Dinámica Inicial:</i> <ul style="list-style-type: none"> • En una hoja en blanco, las y los participantes deberán contestar brevemente, de forma individual y anónima, a la siguiente pregunta: ¿Qué puedo hacer para mejorar mi práctica sanitaria con la población gitana? • Una vez contestada se la entregarán al facilitador/a, que guardará las respuestas (y que serán utilizadas de nuevo en la dinámica 10D).

DINÁMICA 1C	<i>¿Qué sabemos de la población gitana?</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 15 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un breve auto-diagnóstico del conocimiento que tenemos de la población y la cultura gitana.
TÉCNICA	<p>Esta dinámica se podrá realizar a través de dos técnicas o alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alternativa 1: Trabajo en grupos (4 ó 5 personas por grupo). Esta permitirá una reflexión más profunda y exhaustiva. • Alternativa 2: Tormenta de ideas (<i>alternativa</i>). Esta opción es más rápida (y exige menos tiempo), pero permite un análisis menos exhaustivo. El grupo aporta de forma rápida sus ideas o reflexiones sobre el tema en cuestión.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de rotafolio (o pizarra), rotuladores y celo.

PROCEDIMIENTO

1. El facilitador/a realizará una breve introducción de la dinámica y el objetivo de la misma.
2. La dinámica se podrá abordar a partir de dos alternativas:
 - **Alternativa 1**, trabajo en grupos. Se dividirá a las y los participantes en grupos de 4 ó 5. Responderán a las preguntas y apuntarán las principales ideas en una hoja. Cada grupo explicará al resto su trabajo.
 - **Alternativa 2**, tormenta de ideas. El grupo, en plenaria, responderá a las preguntas.
3. Las preguntas son:
 - ¿Qué sabes de la población gitana?
 - ¿Qué costumbres tienen?
 - ¿Qué diferencias hay entre ser gitano y ser payo?
 - ¿Cuál es el origen del pueblo gitano?
4. En cualquier de las dos alternativas, el facilitador/a recogerá y apuntará en una pizarra (u hoja de rotafolio) las principales ideas a modo de síntesis (o resumen final). De esta forma lograremos visualizar las principales ideas fuerza.

DINÁMICA 1D	<i>Un poco de historia</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 25 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la historia e identidad del la comunidad gitana.
TÉCNICAS	<p>Esta dinámica se podrá realizar a través de dos técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica 1: Artículo: Los roma-gitanos en Europa: un poco de historia (Anexo: Los roma-gitanos en Europa, un poco de historia). • Técnica 2: Video: Itinerancias, El Viaje Rom (Video). <ul style="list-style-type: none"> ○ Alternativa 1: ver Introducción y etapas 1, 2, 4 y 6. ○ Alternativa 2: ver introducción y etapas 1, 2 y 7 (para el caso de España).
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica 1: Fotocopias del texto (ANEXO: Los Romagitanos en Europa, un poco de historia), pizarra u hojas de rotafolio, bolígrafos. • Técnica 2: Video con DVD (ordenador, televisión y video, etc.), cañón, pizarra u hojas de rotafolio, bolígrafos y celo. <p>Link del Video se encuentra disponible en: http://gitanos.org/publicaciones/itinerancias/etapas/index.html</p>

PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Breve introducción de la dinámica la historia de la comunidad gitana, resaltando la idea de conocer quiénes son las y los gitanos. 2. Según la elección: <ul style="list-style-type: none"> - Técnica 1 (lectura): Lectura individual o en pequeños grupos del artículo. - Técnica 2 (video): Visionado del video en grupo (en función de las 2 alternativas). 3. En ambas propuestas el facilitador/a planteará las siguientes preguntas para contestar en tormenta de ideas, en plenaria. <ul style="list-style-type: none"> - ¿De qué trata? ¿Qué os ha llamado la atención y por qué? - ¿Qué cosas no sabían de la comunidad gitana? - ¿Por qué es perseguida la comunidad gitana? - ¿Creéis que es importante conocer sobre la cultura gitana?, ¿por qué? 4. El facilitador/a recogerá y apuntará las principales ideas, a modo de síntesis, en una hoja de rotafolio. El facilitador/a deberá guardar este producto final, ya tendrá que utilizarlo en para la sesión 7A.
---------------	---

DINÁMICA 1E	<i>Presentación del manual</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 5 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Breve presentación del manual: <i>Salud, prevención de adicciones y Juventud Gitana en Europa: un manual y acciones para la práctica dirigido a profesionales de la salud.</i>
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación oral de la ficha resumen: <i>"ANEXO: Presentación del manual"</i>.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • ANEXO: Presentación del manual. • Hojas de rotafolio (o pizarra).
PROCEDI- MIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se hará una breve presentación del manual a partir de la ficha resumen, como cierre a la Sesión 1.

SESIÓN 2:

¿CUÁL ES LA PERCEPCIÓN QUE TENEMOS DE LA POBLACIÓN GITANA?

OBJETIVOS:

- Describir y reflexionar sobre la forma en que percibimos a la población gitana y los posibles prejuicios o estereotipos existentes.

DINÁMICA 2A	<i>Introducción sobre la percepción de la población gitana</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• 5 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">• Enlace con la sesión anterior (nº 1) y comentar el objetivo de esta sesión (2).
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none">• Breve presentación oral del facilitador/a.
MATERIALES	
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none">1. Breve exposición de lo trabajado en la sesión anterior (Sesión 1). También se comentará que seguiremos hablando sobre la comunidad gitana.

DINÁMICA 2B	<i>Percepción de la sociedad sobre las personas gitanas</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• 5 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">• Plantear las percepciones existentes en la sociedad sobre lo que es ser gitano o gitana.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none">• Tormenta de ideas en plenaria.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none">• Hojas de rotafolio, rotuladores/bolígrafos y celo.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none">1. En plenario se preguntará a las y los participantes: <i>¿Qué es lo que se piensa y/o dice normalmente de la población gitana?</i>2. El facilitador/a anotará las ideas aportadas en tormenta de ideas por las y los participantes en una hoja de rotafolio, agrupándolas en ideas positivas y negativas (esta división se hará sin explicitarla). El facilitador/a deberá guardar el producto de esta dinámica ya que tendrá que utilizarlo en la sesión.

DINÁMICA 2C	<i>Prejuicios y estereotipos</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 20 - 30 minutos (alternativa 1: 20 min.; alternativa 2: 30 min.).
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Comenzar a romper posibles estereotipos existentes relacionados con la cultura gitana.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • ANEXO: Test de los estereotipos y respuestas. • Se podrán utilizar dos técnicas de análisis del Test: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alternativa 1: Tormenta de ideas. Requiere menos tiempo y permite un análisis menos exhaustivo. ○ Alternativa 2: Análisis por grupos. Requiere más tiempo y permite un análisis de mayor profundidad.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de rotafolio, rotuladores y celo. • ANEXO: Test de los estereotipos y respuestas (Campaña: Conócelos antes de Juzgarlos: FSG)
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. De forma individual se contestará el Test de los estereotipos <ul style="list-style-type: none"> - No se quieren integrar. - No quieren trabajar. - No les interesa estudiar. - Es una cultura machista. - Acaparan los recursos sociales. 2. El análisis se podrá realizar a través de dos alternativas <ul style="list-style-type: none"> - Alternativa 1: Tormenta de ideas. En plenaria, las y los participantes aportarán sus reflexiones. - Alternativa 2: Análisis en grupos. Por parejas, cada participante reflexionará y razonará sus respuestas. Este punto es opcional (aunque es recomendable, ya que la puesta en grupo debería ser progresiva). Posteriormente, en grupos de 4 ó 6 personas, se comentarán las respuestas obteniendo conclusiones. Cada grupo presentará al resto de participantes (en plenaria) las principales ideas o conclusiones. 3. El facilitador/a irá recogiendo y apuntando en una pizarra las principales ideas de los grupos, a modo de "síntesis final". 4. Se comparará la "síntesis final" con la información que se tiene como respuestas en el Test (ver anexo).

DINÁMICA 2D	<i>Reflexión sobre las diferencias y problemas</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 15 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexión teórica sobre las diferencias y el tener o ser el problema.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación oral de la ficha resumen ANEXO: <i>Cómo nos relacionamos con la población gitana y su juventud</i>.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • ANEXO: <i>Cómo nos relacionamos con la población gitana y su juventud</i>
PROCEDIMIENTO	<p>1. El facilitador/a hará una breve presentación de la ficha resumen. Los contenidos presentados se relacionan con el capítulo 2 del <i>Manual Para la Práctica</i> (sin incluir el apartado 2.1).</p> <p>El facilitador/a puede realizar las siguientes preguntas durante la presentación, de forma que se incentive la reflexión y/o la participación de las y los participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Es diferente?, <i>¿en qué?</i> - ¿Tiene más problemas que el resto de la población?, <i>¿Cuáles?</i> - ¿Son el problema?, <i>¿por qué?</i>

DINÁMICA 2E	<i>¿Tenemos prejuicios?</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 5 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre si tenemos prejuicios en nuestro trato con la población gitana.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Pregunta y reflexión.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Folios, hojas de rotafolios y rotuladores. • Se recomendará a las y los participantes la lectura de la siguiente bibliografía o links (para completar la formación).
MATERIALES	<p>Esta bibliografía es sobre personas gitanas relevantes en la sociedad o de noticias de prensa de la comunidad gitana:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50 mujeres gitanas en la sociedad española (libro FSG): http://www.gitanos.org/publicaciones/50mujeres/ - Gitanos en la Prensa: http://www.gitanos.org/boletines/gitanos_en_la_prensa/
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se pide a las y los participantes que de forma anónima, escriban en una hoja una palabra o una frase de lo que se quedan de esta sesión 2 (principal idea fuerza o conclusión). 2. El facilitador/a anotará las principales ideas en una hoja de rotafolio, al terminar la sesión. El facilitador/a deberá guardar este producto ya que tendrá que utilizarlo en la sesión 7A. 3. Para completar la sesión, se recomendará la lectura de la bibliografía complementaria (incluida en <i>Materiales</i>), y se lanzará la siguiente pregunta para la reflexión individual: <i>¿Es posible que nuestra concepción de la población gitana esté prejuiciada?</i>

SESIÓN 3: ¿CÓMO AFECTAN ESTAS IDEAS AL COMPORTAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD?

OBJETIVOS:

- Reflexionar sobre cuáles son las principales dificultades que tenemos en nuestra práctica sanitaria con la población gitana y como puede estar influida por lo que sabemos y nuestra percepción.
- Intentar ver la situación desde la perspectiva de la población gitana y pensar en soluciones.

DINÁMICA 3A	<i>Introducción a la relación de la población gitana con el sistema sanitario</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• 5 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">• Enlace con la sesión anterior (nº 2) y presentación de la Sesión 3.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none">• Breve presentación oral del facilitador/a.
MATERIALES	
PROCEDI- MIENTO	<ol style="list-style-type: none">1. Se hará una pequeña exposición de lo trabajado en la sesión anterior (nº 2). Se planteará que en esta sesión se va a seguir hablando de la población gitana y su relación con el sistema sanitario.

DINÁMICA 3B	<i>Nuestra relación con la población gitana como profesional de salud</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 25 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre cuál es la relación que se establece entre la población gitana y el profesional de salud en una situación cotidiana en el centro de trabajo.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Juego de roles (Role-playing): Dinámica donde cada participante asume un determinado rol o papel, representando una situación particular. Nota: Es importante plantear que la actuación o representación se haga siempre desde el respeto y se tome en consideración la perspectiva de las personas gitanas, situaciones habituales como pueden ser: desconocimiento del centro o de algunas normas o protocolos, su situación personal inmediata, etc. Se debe dejar unos minutos a las y los participantes voluntarios para la preparación de la "representación".
MATERIALES	
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Breve explicación de la dinámica: qué es el <i>juego de roles</i>. Enfatizar que el objetivo de la dinámica es observar una situación habitual, la forma en que se desarrolla y a partir de ahí poder reflexionar sobre la misma. 2. Se partirá de una situación cotidiana y de unos personajes, que se distribuyen entre las y los participantes que se ofrezcan como voluntarios. Los personajes pueden ser: un joven gitano/a (o cualquier otra persona: mayor, adulto.), el médico/a, el enfermero/a, etc. Se realizará una de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Situación 1: Atención primaria a población gitana. Puede ser el acceso de una persona gitana a un centro de atención primaria, su primera cita con un médico/a de familia, etc. - Situación 2: Servicios de urgencia u hospitalarios. Alguna situación normal de atención o de urgencia (espera, petición de información, etc.). - Situación 3: Centro de atención de drogas; una situación cotidiana en el centro que involucre a personas gitanas. 3. Dejar unos minutos a las y los voluntarios para la preparación de la "representación". 4. Se realiza la "representación". 5. Una vez realizada la "representación", se realizará una breve reflexión sobre cómo se sintieron las y los "actores".

DINÁMICA 3C	<i>Reflexionar sobre la relación entre población gitana y profesionales de salud</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 20 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar conciencia y empezar a reflexionar sobre el tipo de relación que se establece.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en grupos. • Presentación oral de la ficha resumen <i>ANEXO: Comportamiento del sistema sanitario</i> (que se relaciona con el Apartado 2.1 del <i>Manual para la Práctica</i>).
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de rotafolio, bolígrafos/rotuladores y celo. • <i>ANEXO: Comportamiento del sistema sanitario</i>.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se dividen a las y los participantes en 4 grupos: dos de los grupos trabajarán la visión de los profesionales de salud y dos la visión de la población gitana (pensar desde las dos perspectivas). Deberán responder a las siguientes preguntas (y escribirlo en una hoja de rotafolios): <ul style="list-style-type: none"> - Grupos A: ¿Qué dificultades vemos que tiene el profesional de salud en su relación con la población gitana?; ¿a qué se pueden deber estas dificultades? - Grupos B: ¿Qué dificultades vemos que tiene la población gitana en su relación con las y los profesionales de salud?; ¿a qué se pueden deber estas dificultades? <p>Cada grupo no debe saber lo que el otro está trabajando.</p> 2. Cada grupo presentará sus respuestas al resto: primero A y después B. 3. Se hará una reflexión en plenaria, a partir de estas dos preguntas: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Se pueden conciliar las dos perspectivas? - ¿Qué creen que se puede hacer? 4. Se hará una breve presentación de la ficha resumen. 5. Para finalizar, las y los participantes deberán pensar en la principal idea fuerza o conclusión con la que se quedan. Deberán escribir esta idea en un papel y entregarlo al facilitador/a. Si se considera adecuado, se pueden leer algunas de las ideas recopiladas. <p>Posteriormente (una vez finalizada la dinámica), el facilitador/a hará una síntesis de las principales ideas y las apuntará en una hoja de rotafolio. Deberá guardar este producto ya que tendrá que utilizarse en la sesión 7A y 8B</p>

BLOQUE 2: Aproximación a la cultura gitana en Europa: "Reflexionar sobre esta realidad"

SESIÓN 4: APROXIMACIÓN A LA REALIDAD SOCIAL DE LA POBLACIÓN GITANA EN EUROPA

OBJETIVOS:

- Reflexionar y profundizar sobre la realidad social de la comunidad gitana en Europa.

DINÁMICA 4A	<i>Introducción a la cultura gitana en Europa y su realidad social</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• 5 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">• Enlace con el bloque anterior (nº 1) y presentación del bloque 2 y el objetivo de esta sesión (4).
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none">• Presentación oral.
MATERIALES	
PROCEDI- MIENTO	<ol style="list-style-type: none">1. Se recordará lo trabajado en el bloque 1. Se planteará el objetivo de esta sesión 4: reflexionar y profundizar sobre la realidad social que vive la comunidad gitana en Europa. Se aconseja al facilitador/a la lectura de la introducción del capítulo 3 del Manual para la Práctica.

DINÁMICA 4B	<i>Cómo podemos analizar la información</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 10 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar una forma de analizar la realidad.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Árbol social (adaptación de la Técnica del Árbol Social: “Técnicas participativas para la educación popular”; autoras: Graciela Bustillos y Laura Vargas). El Árbol se presenta como un todo, un sistema con vida formado por 3 partes interrelacionadas (todas se necesitan para sobrevivir), con las siguientes funciones: <ul style="list-style-type: none"> a) Raíz: sirve al árbol para extraer del suelo las sustancias que lo alimentan. b) Tronco: da fortaleza al árbol, lo sostiene físicamente y lo estructura. c) Follaje o ramas: cubren al árbol y es por medio de sus hojas y frutos que lo identificamos y se reproduce. <p>Se equiparan las partes de un árbol con los distintos niveles de una sociedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La raíz es la economía, donde se produce todo el proceso de producción de bienes y servicios, su distribución y consumo: trabajo, empleo, comercio, sectores productivos, etc. • El tronco es lo político, donde el poder toma forma organizativa, institucional y jurídica: leyes, partidos políticos, gobierno, iglesia o la escuela. • El follaje es lo ideológico, donde se reproduce, explica o justifican las relaciones que se establecen en la sociedad: educación, religión, cultura, relación con otros grupos..
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de rotafolios, rotuladores y papel. • <i>ANEXO: Árbol Social.</i>
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. El facilitador/a explicará la técnica que se utilizará para el análisis de la información: la técnica del Árbol Social. 2. El facilitador/a explicará que se hará una presentación oral (en la dinámica 4C) y que deberán analizar la información que se dé según el árbol social. 3. Para realizar este análisis, las y los participantes se dividirán en 3 grupos. Cada grupo analizará un determinado aspecto (económico, político o ideológico).

DINÁMICA 4C	<i>Realidad social de la comunidad gitana en Europa</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 20 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer algunos de los principales elementos de la realidad social de la población gitana en Europa.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación oral de la ficha resumen <i>ANEXO: Realidad social y elementos socioculturales</i>.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • <i>ANEXO: Realidad social y elementos socioculturales</i> (se corresponde con los apartados 3.1 y 3.2 del <i>Manual para la Práctica</i>).
PROCEDIMIENTO	<p>1. A partir de la Ficha Resumen, el facilitador/a hará una breve presentación oral, buscando la participación y la reflexión del grupo. Los temas que se abordarán serán los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Origen y diversidad. • Una población entre la normalización y la exclusión. • Estructura social y proceso de transformación. • El impacto residencial en la identidad gitana. • Una población joven en proceso de cambio. • Elementos socioculturales importantes.

DINÁMICA 4D	<i>Análisis y comprensión de la realidad social</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 25 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la información para una mejor comprensión de la realidad.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la información a partir de la técnica del Árbol Social (para realizar esta dinámica se deben haber realizado las dinámicas 4B y 4C). • Trabajo en 3 Grupos (raíz, tronco y follaje/ramas).
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de rotafolio, rotuladores y celo.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cada grupo (según la división realizada en la dinámica 4B) analizará la información ofrecida en la dinámica 4C, apuntando las principales ideas en una hoja de rotafolio. 2. Cada grupo presentará el análisis realizado al resto de grupos. 3. El facilitador/a planteará las siguientes preguntas, que serán analizadas en plenaria: <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Qué relaciones existen entre las distintas partes del Árbol Social? ○ ¿Esta dinámica nos <i>facilita la comprensión de la realidad Social de la comunidad gitana en Europa</i>? ○ ¿Qué conclusiones o reflexiones podemos <i>extraer</i>? 4. El facilitador/a anotará las principales ideas en una hoja de rotafolios, a modo de síntesis. Deberá guardarse este producto, ya que se utilizará en la sesión 7A.

SESIÓN 5: POBLACIÓN GITANA EUROPEA Y SALUD

OBJETIVOS:

- Reflexionar y profundizar sobre la población gitana europea y la relación con su salud y los servicios sanitarios.

DINÁMICA 5A	<i>Introducción a la población gitana y la salud</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• 5 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">• Enlace con la sesión anterior (nº 4) y comentar el objetivo de esta sesión (5).
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none">• Breve presentación oral.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none">• Esta presentación se puede completar con el apartado 3.3 del <i>Manual para la Práctica</i>.
PROCEDI- MIENTO	<ol style="list-style-type: none">1. Recordar lo trabajado en la sesión anterior (4) y plantear el objetivo particular de esta sesión 5.

DINÁMICA 5B	<i>Cómo analizar la información en materia de salud</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 10 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar una forma de análisis de la información en materia de salud.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación oral de la Técnica de los Determinantes de la Salud¹⁰. La salud está condicionada por una serie de factores denominados "<i>determinantes de la salud</i>"¹¹. A partir de estos determinantes han surgido diversos esquemas de análisis, como el modelo multinivel de los determinantes de la salud,¹² que describimos a continuación: <ul style="list-style-type: none"> ○ Factor biológico: Un número creciente de factores genéticos se ven implicados en la producción de diversos problemas de salud: infecciosos, cardiovasculares, metabólicos, mentales, cognitivos y conductuales. En estos factores se incluyen la edad y el sexo de la persona. ○ Estilo de vida: Conducta del individuo, creencias, valores, bagaje histórico y percepción del mundo, actitud frente al riesgo y la visión de su salud futura, capacidad de comunicación, manejo del estrés y adaptación/control sobre las circunstancias de su vida que determinan sus preferencias y estilo de vivir. ○ Influencias comunitarias y soporte social: Presión del grupo, la cohesión y la confianza sociales, redes de soporte social y otras variables asociadas al nivel de integración social e inversión en el capital social. ○ Acceso a servicios de atención de salud: La forma en que se organiza la atención médica y sanitaria, en sus aspectos de promoción, protección y recuperación de la salud y de prevención, control y tratamiento de la enfermedad en una población. ○ Condiciones de vida y de trabajo: La vivienda, el empleo y la educación adecuada son prerequisites básicos para la salud de las poblaciones. ○ Condiciones socioeconómicas, sociales y culturales: En este nivel operan los grandes macro-determinantes de la salud, que están asociados a las características estructurales de la sociedad, la economía y el ambiente y, por tanto, ligados con las prioridades políticas, decisiones de gobierno y formas de tratamiento de la agenda social. Por ejemplo: alcance del marco jurídico-legal vigente, las estrategias de lucha contra la pobreza...

10.- Fuente: Determinantes de la Salud; María Angélica Gomes. OPS/OMS Nicaragua.

11.- Lalonde, 1974. También conocido como el Informe Lalonde.

12.- Dahlgren y Whitehead, 1991.

MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • <i>ANEXO: Determinantes de la salud.</i>
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. El facilitador/a presentará la Técnica de los Determinantes de la Salud. A partir de los factores de esta técnica, se analizará la salud de la población gitana (cuya explicación se hará en la dinámica 5C). 2. Las y los participantes se dividirán en 4 grupos, cada uno de los cuales analizará uno de los siguientes determinantes: <ul style="list-style-type: none"> - Biológico y estilos de vida. - Influencia comunitaria y soporte social. - Acceso a servicios de atención de salud. - Condicionantes de vida y trabajo; y socioeconómicas. 3. El facilitador/a explicará que en la siguiente dinámica (5C) se hará la presentación y posteriormente (dinámica 5D) se hará este análisis.

DINÁMICA 5C	<i>La población gitana europea en relación con la salud</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 20 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico inicial del estado de salud de la población gitana en Europa, conocer algunas ideas sobre la salud y cómo se enfrentan al sistema sanitario.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación oral de la ficha resumen <i>ANEXO: Relación con la salud.</i>
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • ANEXO: Relación con la salud. • Esta presentación se corresponde con el apartado 3.3 del Manual para la Práctica.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. En esta presentación (ficha resumen) se buscará la participación de las y los participantes. Los temas que se abordarán son: <ul style="list-style-type: none"> • Breve diagnóstico de salud. • Ideas en torno a la salud. • La comunidad gitana frente al sistema sanitario.

DINÁMICA 5D	<i>Análisis y comprensión de la realidad en materia de salud</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 25 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis y comprensión de la realidad.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica: Determinantes de la Salud (para realizar esta dinámica se deben haber realizado las dinámicas 5B y 5C). • Análisis en grupos.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de rotafolio, rotuladores y celo.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cada grupo analizará la información de acuerdo a los determinantes (según la división realizada en la dinámica 5B). 2. Cada grupo presentará las principales ideas al resto de grupos. 3. Al término de cada grupo, se pregunta si se desea complementar la información expuesta. 4. El facilitador/a preguntará a las y los participantes qué conclusiones o reflexiones finales podemos obtener. <p>El facilitador/a las anotará en una hoja de rotafolios, a modo de síntesis. Deberá guardar este producto ya que deberá utilizarse en la Sesión 7A.</p>

SESIÓN 6: IDEAS CLAVE EN RELACIÓN CON LAS DROGAS

OBJETIVOS:

- Dar a conocer a las y los profesionales de la salud algunos factores socio-culturales claves para una mejor comprensión de la relación que se establece entre la juventud gitana y el consumo de drogas.

DINÁMICA 6A	<i>Introducción sobre drogas y juventud gitana</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 5 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Enlace con la sesión anterior (nº5) y comentar el objetivo de esta sesión (6).
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación oral. • El facilitador/a puede completar la presentación con el Apartado 3.4 del <i>Manual para la Práctica</i>.
MATERIALES	
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recordar lo trabajado en la sesión anterior (nº 5) y plantear el objetivo de esta sesión 6, así como la forma en que se desarrollará.

DINÁMICA 6B	<i>Cómo analizar la información en materia de drogas y jóvenes</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 10 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar una forma de análisis de la información en materia de drogas y juventud.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica DAFO¹³ : Es una herramienta que facilita el análisis de la realidad y la toma de decisiones. El procedimiento es analizar los factores externos e internos que pueden afectar a la realidad, en este caso la juventud gitana y las drogas.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> o Factores externos, propios del contexto: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidades que ofrece el entorno y cómo se pueden aprovechar. ▪ Amenazas que hay en el contexto y cómo se pueden evitar o eliminar. o Factores internos de la juventud gitana: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalezas propias de la juventud gitana y cómo se pueden potenciar. ▪ Debilidades, y cómo se pueden limitar o eliminar. <p>Estos factores no se refieren exclusivamente al presente sino también a las oportunidades y amenazas que pueden surgir en el futuro y su incidencia en los jóvenes. En este sentido, para el análisis de las amenazas y las oportunidades se pueden considerar factores demográficos, económicos, políticos y legales, sociológicos, medioambientales, tecnológicos o culturales.</p>
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • ANEXO: Técnica DAFO.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. El facilitador/a explicará la Técnica DAFO, a través de la cual se hará el análisis de la información que se presentará en la dinámica 6C. 2. Las y los participantes se dividirán en 4 grupos, cada uno de los cuales analizará uno de los siguientes factores: debilidades, amenazas, fortalezas u oportunidades. 3. El facilitador/a explicará a las y los participantes que en la siguiente dinámica se hará la presentación oral (dinámica 6C) y posteriormente tendrán que hacer el análisis con la Técnica DAFO (6D).

13.- Fuente: educaCONTIC

DINÁMICA 6C	<i>Factores socioculturales en el contexto de las drogas</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 20 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer algunos de los factores socioculturales de la población gitana para una mejor comprensión de su relación con la salud y drogas.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación oral de la ficha resumen <i>ANEXO: Relación con las drogas</i>. • Esta ficha resumen se relaciona con el Apartado 3.4 del <i>Manual para la Práctica</i>.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • ANEXO: Relación con las drogas.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizará la presentación de la ficha resumen, que aborda algunos elementos socioculturales de la población gitana claves para entender su relación con la salud y las drogas. Los temas son: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actitudes culturales. ▪ Redes sociales ▪ Factores de riesgo/protección. ▪ Patrones de consumo. ▪ Rasgos comunes a la juventud europea.

DINÁMICA 6D	<i>Análisis de la información en materia de juventud y drogas</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 25 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la información que facilite una mejor comprensión de la realidad en materia de juventud y drogas.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica DAFO (para realizar esta dinámica se deben haber realizado las dinámicas 6B y 6C). • Trabajo en grupos.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de rotafolio, rotuladores y celo.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizará el análisis de la información en 4 grupos (a partir de la división realizada en la dinámica 6B). 2. Cada grupo analizará uno de los factores y lo presentará al resto de grupos. 3. Cada grupo podrá completar la exposición realizada por el resto. 4. El facilitador/a preguntará a las y los participantes qué conclusiones o reflexiones finales podemos obtener. El facilitador/a anotará las principales ideas, a modo de síntesis, en una hoja de rotafolios. Deberá guardar este producto ya que deberá utilizarse en la sesión 7A.

SESIÓN 7: CONTRASTE ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y LA INFORMACIÓN

OBJETIVOS:

- Realizar un contraste entre el autodiagnóstico inicial y la información reflexionada.

DINÁMICA 7A	<i>Resumen y síntesis de los bloques 1 y 2</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 20 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexión y contraste entre el autodiagnóstico inicial y la reflexión provocada por las dinámicas.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación oral de los diferentes productos realizados (dinámicas: 1D, 2E, 3C, 4D, 5D y 6D) y las conclusiones extraídas.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Productos finales de las dinámicas: 1D, 2E, 3C, 4D, 5D y 6D.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se presentará el objetivo de la sesión. 2. Se presentará a las y los participantes los productos que se han obtenido de las sesiones de autodiagnóstico y de reflexión-profundización. La idea es realizar un resumen participativo, destacando las principales ideas fuerza. Para facilitar la reflexión (y así hacerlo más visual y evidente), se podrán poner en las paredes los diferentes productos resultantes de las 6 dinámicas.

DINÁMICA 7B	<i>Principales aprendizajes y conclusiones</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 30 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexión sobre los conocimientos, valoraciones y necesidades que han surgido.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en grupos.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de rotafolio (o pizarra) y rotuladores.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las y los participantes se dividirán en grupos de 4 ó 5 personas y responderán a las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>¿Qué aprendizajes hemos obtenido de lo visto hasta ahora?</i> ▪ <i>¿Podemos sacar algunas conclusiones?</i> ▪ <i>¿Podemos pensar en soluciones concretas a las diferentes necesidades/dificultades que hemos encontrado?</i> (pueden ser propuestas de mejoras como: cambiar de actitud, necesidad de formación, diferente forma de organizar el servicio, etc.). 2. Cada grupo presentará sus conclusiones en plenario. 3. El facilitador/a anotará, a modo de síntesis, las principales ideas en una pizarra u hoja de rotafolios.

BLOQUE 3: Cómo mejorar nuestra intervención, “Volver a la práctica”

SESIÓN 8: LA COMUNIDAD Y LA RELACIÓN EMPÁTICA

OBJETIVOS:

- Ofrecer herramientas de comunicación para mejorar la relación entre la población gitana y el profesional sanitario; por ejemplo, la comunicación centrada en el paciente.

DINÁMICA 8A	<i>Introducción a la comunicación y relación empática</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 5 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción del Bloque 3 y comentar el objetivo de esta sesión (8).
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación oral. • Esta presentación se podrá completar con la introducción al Capítulo 4 del Manual para la Práctica.
MATERIALES	
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recordar brevemente las principales ideas trabajadas en los bloques anteriores (1 y 2), así como el objetivo y contenidos de este nuevo Bloque 3 y esta sesión.

DINÁMICA 8B	<i>De dónde partimos</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 10 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexión sobre las posibles dificultades en la comunicación y la relación entre la comunidad gitana y las y los profesionales de salud.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Tormenta de ideas, a partir del producto final de la sesión 3C y de lo reflexionado en sesiones anteriores. • Los contenidos de esta dinámica se relacionan con los Apartados 2.1 y 3.3 del <i>Manual para la Práctica</i>.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de rotafolio (o pizarra), rotuladores y celo. • Producto final de la dinámica 3C.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentar a las y los participantes el producto resultante de la dinámica 3C. 2. En tormenta de ideas, se buscará consensuar cuáles son las principales dificultades que suelen darse en la comunicación y relación entre los profesionales de la salud y la comunidad gitana. 3. El facilitador/a apuntará las principales ideas en una hoja de rotafolios. Deberá guardar el producto final, ya que se trabajará en la dinámica 9A.

DINÁMICA 8C	<i>Algunas pautas para lograr una comunicación y relación empática</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 15 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer algunas pautas que contribuyan a una comunicación y relación empática.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación oral de la ficha resumen <i>ANEXO: Comunicación y relación empática</i>.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • ANEXO: Comunicación y relación empática. • Estos contenidos se relacionan con la primera parte del Apartado 4.1 "Comunicación y relación empática" del <i>Manual para la Práctica</i> (incluyendo la herramienta de la entrevista centrada en el/la paciente).
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizará una presentación a partir de la ficha resumen, sobre comunicación y relación empática.

DINÁMICA 8D	<i>Puesta en práctica</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 25 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica pautas para lograr una relación empática y una mejor comunicación.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Juego de roles (role-playing).
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de rotafolio (o pizarra), rotuladores y celo.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se dividirá a las y los participantes en grupos de 5 ó 6 personas. Cada grupo debe recrear, a partir de su práctica profesional, una situación en la que se produzca el primer contacto con una persona gitana. El objetivo de esta dinámica es que pongan en práctica las diferentes pautas y herramientas para crear una buena comunicación y relación empática. 2. Posteriormente, cada grupo explicará al resto la dinámica que ha trabajado, así como las principales ideas o reflexiones surgidas. 3. El resto de grupos plantearán sus comentarios y las formas en que se puede mejorar. 4. El facilitador/a, a modo de síntesis, apuntará las principales ideas (de forma que se afiancen las ideas fuerza).

DINÁMICA 8E	<i>Llegamos a conclusiones</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 5 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener las principales conclusiones sobre empatía y comunicación.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Tormenta de ideas.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de rotafolio (o pizarra), rotuladores y celo.
PROCEDI-MIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. A partir del trabajo realizado en la dinámica 8D, el grupo en plenaria deberá reflexionar sobre la importancia, necesidad y/o factibilidad de incorporar estas habilidades y herramientas a nuestra práctica sanitaria. 2. El facilitador/a, a modo de síntesis, apuntará en una hoja de rotafolios o en la pizarra las principales ideas y conclusiones.

SESIÓN 9: DESARROLLO DE ACTITUDES MEDIADORAS Y EL ABORDAJE DEL CONFLICTO

OBJETIVOS:

- Ofrecer pautas y herramientas a las y los profesionales de la salud para prevenir conflictos o afrontarlos adecuadamente.

DINÁMICA 9A	<i>Introducción al desarrollo de actitudes mediadoras</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 5 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Enlace con la sesión anterior (nº 8) y comentar el objetivo de esta sesión.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación oral.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Producto final de la dinámica 8B.
PROCEDI-MIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. El facilitador/a recordará lo trabajado en la sesión 8, planteando el nuevo tema de esta sesión: desarrollo de actitudes mediadoras. Se pondrá especial énfasis en la importancia de prevenir y afrontar adecuadamente un conflicto (y de prevenirlo). 2. También se presentará el producto final de la dinámica 8B, sobre las situaciones conflictivas que se dan en la relación sanitaria con la comunidad gitana.

DINÁMICA 9B	<i>Pautas para el desarrollo de actitudes mediadoras y cómo abordar el conflicto</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> 15 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer algunas pautas concretas para el desarrollo de actitudes mediadoras y el abordaje del conflicto.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> Presentación oral de la ficha resumen <i>ANEXO: Actitudes mediadoras y abordaje del conflicto</i>.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> <i>ANEXO: Actitudes mediadoras y abordaje del conflicto</i>. Los contenidos se relacionan con la segunda parte del Apartado 4.1. Desarrollo de actitudes mediadoras y abordaje del conflicto, así como la segunda parte del Apartado 4.2. Incorporación a la práctica Sanitaria y los Centros Sanitarios (en lo referente a los centros hospitalarios), <i>del Manual para la Práctica</i>. Bibliografía complementaria: <i>Guía para la actuación con la Comunidad gitana en los Servicios Sanitarios</i> (Cristina García García). Capítulo de Buenas Prácticas: La experiencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, “Área de Informadores”.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> El facilitador/a realizará la presentación de la ficha resumen.

DINÁMICA 9C	<i>Análisis de situaciones conflictivas</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> 15 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> Análisis crítico de una situación real de conflicto.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> Análisis crítico de una noticia <i>ANEXO: Análisis de la noticia de prensa</i>¹⁴. Se propone la noticia “Altercado en la Paz por el fallecimiento de un Joven” (ver <i>Anexo: Análisis de la Noticia de Prensa</i>).
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> <i>ANEXO: Análisis de la noticia de prensa</i>. Hojas de rotafolio (o pizarra), rotuladores y celo.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> Se presentará la noticia en grupo (se lee de forma individual, en grupo o en plenario). En plenario, a manera de tormenta de ideas, se analizará el mensaje periodístico a partir de las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son los principales elementos de la noticia? ¿Cuál fue el desencadenante del conflicto? ¿Qué antecedentes había de la familia gitana? ¿Cómo se inició la situación conflictiva? ¿Qué solución se plantea?, ¿principales reacciones?.

14.- Esta noticia y el análisis se ha obtenido de: *Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios* (García, 2006).

DINÁMICA 9D	<i>Busquemos alternativas</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 20 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de soluciones a los problemas o situaciones.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis crítico de una noticia ANEXO: <i>Análisis de la noticia de prensa.</i> • Trabajo en grupos.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • ANEXO: Análisis de la noticia de prensa. • Hojas de rotafolio, rotuladores y celo.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se dividirá a las y los participantes en grupos de 4 ó 5 personas. Cada grupo analizará la noticia. 2. A partir de la noticia, deberán reflexionar sobre posibles acciones que se hubieran podido tomar para prevenir o afrontar de mejor manera la situación conflictiva que se aborda en la noticia. 3. Cada grupo presentará al resto de participantes y grupos las acciones diseñadas. 4. El facilitador/a recogerá en la pizarra o en una hoja de rotafolio, a modo de síntesis, las principales ideas o acciones planteadas. Se pondrá especial énfasis en la importancia, necesidad y factibilidad de incorporar esta competencia a nuestra práctica sanitaria.

SESIÓN 10: INCORPORANDO OTROS ASPECTOS DE LA COMUNIDAD GITANA EN MI PRÁCTICA Y/O CENTRO SANITARIO

OBJETIVOS:

- Ofrecer a las y los profesionales de la salud pautas para trabajar con la población gitana, incorporando algunas características socioculturales de su población.

DINÁMICA 10A	<i>Introducción a otros aspectos en mi práctica</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• 5 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">• Enlace con la sesión 9 y plantear el objetivo de esta sesión (10)
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none">• Presentación oral.• La presentación se podrá completar con la primera parte del apartado 4.2 del Manual para la Práctica.
MATERIALES	
PROCEDI- MIENTO	<ol style="list-style-type: none">1. Se recuerda lo trabajado en la sesión anterior (nº 9) y se plantea el objetivo de la sesión 10.

DINÁMICA 10B	<i>Pautas socioculturales para trabajar con población gitana</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 15 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer algunas pautas para el trabajo en salud teniendo en cuenta las características socioculturales de la comunidad gitana.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación oral de la ficha resumen <i>ANEXO: Incorporar a la práctica sanitaria</i>.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • ANEXO: Incorporar a la práctica sanitaria. • Esta información se relaciona con los siguientes apartados del <i>Manual para la Práctica</i>: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Subapartado, Ideas en torno a la salud (Apartado 3.3). ▪ Apartado 4.2, Incorporando en la práctica sanitaria y los centros sanitarios (primera parte). (los dos anteriores se relacionan con el trabajo en salud en general). ▪ Apartado 4.4, Algunos principios para la intervención con la juventud gitana (este se relaciona con el trabajo con juventud y drogas).
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizará una breve presentación de la ficha resumen, que aborda algunos elementos socioculturales de la población gitana claves que permitirán entender su relación con la salud y las drogas.

DINÁMICA 10C	<i>Cómo incorporar los factores socioculturales en mi práctica profesional</i>
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 20 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y planificar una estrategia que permita incorporar en mi práctica sanitaria los elementos socioculturales de la cultura gitana.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo individual y grupal.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de rotafolio (o pizarra), rotuladores y celo.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cada participante deberá pensar brevemente en ideas y/o estrategias concretas para incluir alguna de las características socioculturales de la población gitana en su práctica sanitaria. 2. Para ello, se dividirá a las/os participantes en grupos de 4 ó 5 personas. 3. Cada grupo comentará las ideas y estrategias de cada uno, creando un catálogo de ideas/estrategias. 4. Cada grupo lo presentará al resto. 5. Cada grupo realizará los comentarios o reflexiones oportunas. 6. El facilitador/a apuntará las ideas principales, a modo de síntesis, en la pizarra o en una hoja de rotafolios. Si es posible, ordenará estas ideas o estrategias por categorías o temáticas comunes (facilitando así su comprensión y análisis).

DINÁMICA 10D	Conclusiones finales de las acciones para la práctica
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 15 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Principales conclusiones de la formación: <i>Acciones para la Práctica</i>.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación oral. • Pregunta final de conclusiones.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Folios y bolígrafos. • Producto final de la dinámica 1B (<i>Dinámica inicial</i>).
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se hará un breve repaso de todo lo trabajado en las sesiones y dinámicas, haciendo hincapié en los resultados obtenidos en el Bloque 3 (<i>Volver a la Práctica</i>). 2. Posteriormente, las y los participantes deberán contestar en un papel, de forma individual y anónima, la siguiente pregunta (que será entregada al facilitador/a): <i>¿qué puedo hacer para mejorar mi práctica con la población gitana?</i> 3. El facilitador/a leerá todas las respuestas, tanto las de esta dinámica como las de la dinámica 1B (<i>Dinámica Inicial</i>). El objetivo es poder contrastar ambas preguntas y que las y los participantes vean su evolución durante la formación, siendo conscientes así del posible cambio que se haya podido producir en ellos/as. <ul style="list-style-type: none"> - Primero se leerán las respuestas de la dinámica 1B. - Después las de esta dinámica (10D). 4. Cierre de la sesión y agradecimiento a las y los participantes.

DINÁMICA 10E	Evaluación
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 5 minutos.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de <i>Acciones para la Práctica</i>.
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas de evaluación.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Folios y bolígrafos. • ANEXO: <i>Ficha de evaluación</i>.
PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las y los participantes deberán contestar de forma anónima e individual a las preguntas del cuestionario (<i>Anexo: Ficha de Evaluación</i>).

Referencias bibliográficas

(Acciones para la práctica)

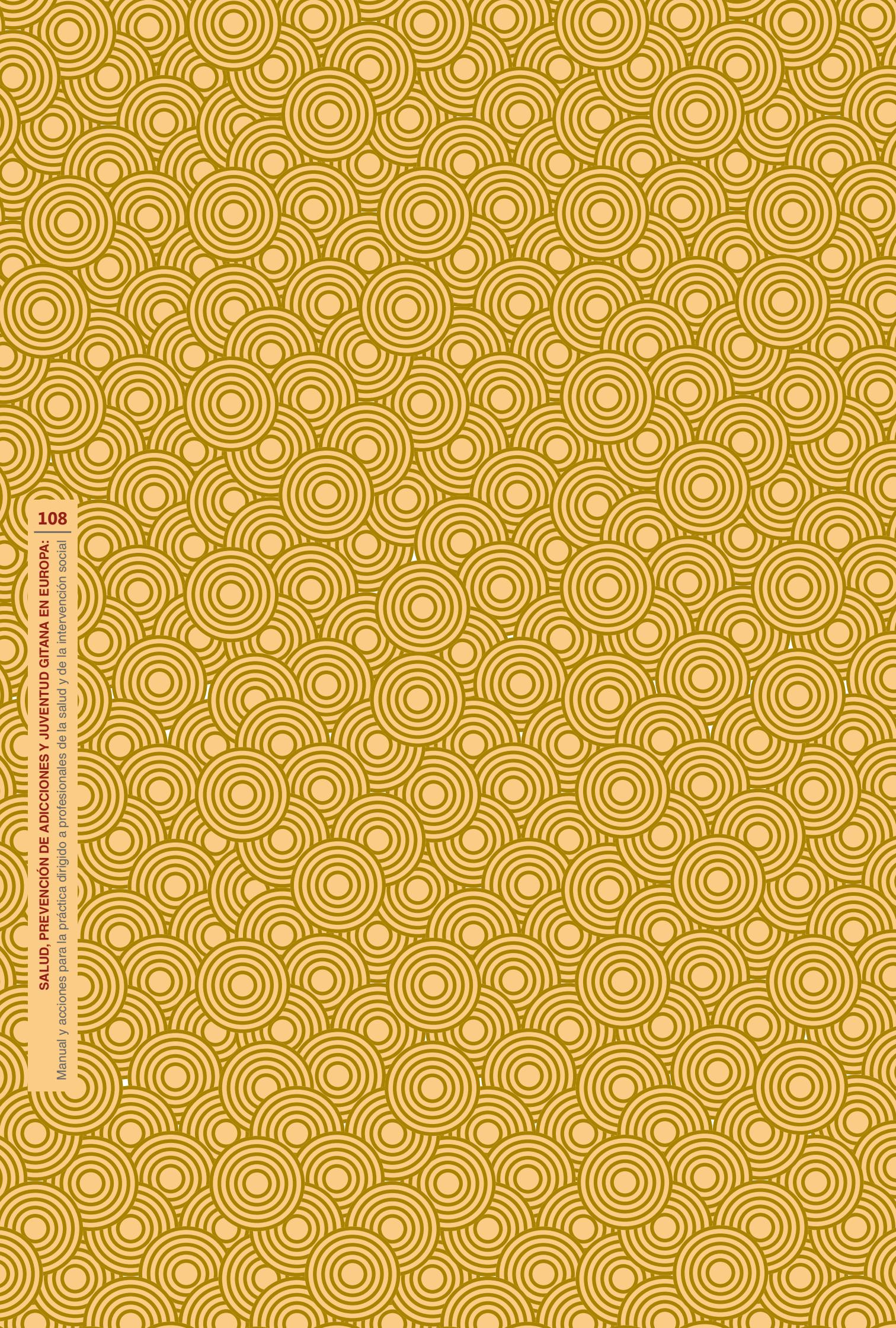
- Arbex, C. (2002). *Talleres de Prevención del Abuso de Drogas con Jóvenes Gitanos*.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Fundació Francesc Ferrer i Guardia (1999). *Guía de formación de formadores laicos y progresistas*.
- Fundación Secretariado Gitano (FSG). (2006). *Discriminación y Comunidad gitana, guía práctica de actuación para ONG y asociaciones gitanas*.
- Fundación Secretariado Gitano (FSG). (2003). *50 mujeres gitanas en la sociedad española*. Madrid: FSG e Instituto de la Mujer.
- García, C. (2006). *Guía para la actuación con la Comunidad gitana en los Servicios Sanitarios*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.
- Gomes, M. A. *Presentación de los Determinantes de la Salud*. Nicaragua: OPS/OMS.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Canada: Minister of National Health and Welfare.
- Seminario de Educación para la Paz. (1990). *La alternativa del juego II*.
- Vargas, L., Bustillo, G. (1989). *Técnicas Participativas para la Educación Popular*.

Materiales y recursos complementarios

- www.educacionenvalores.org
- www.educarueca.org
- www.gitanos.org/conocelos
- www.gitanos.org/la_comunidad_gitana/index.php
- <http://gitanos.org/publicaciones/itinerancias/etapas/index.html>
- <http://www.gitanos.org/publicaciones/50mujeres/>
- http://www.gitanos.org/boletines/gitanos_en_la_prensa/
- www.pangea.org/aecgit
- www.unionromai.org/index_es.htm

RELACIÓN DE ANEXOS

Actitudes mediadoras y abordaje del conflicto
Análisis de la noticia de prensa
Árbol Social
Cómo nos relacionamos con la población gitana y su juventud
Comportamiento del sistema sanitario
Comunicación y relación empática
Determinantes de la salud
Ficha de evaluación
Incorporar a la práctica sanitaria
Introducción a la formación
Los Romagitanos en Europa, un poco de historia
Presentación del manual
Realidad social y elementos socioculturales
Relación con la salud
Relación con las drogas
Técnica DAFO
Test de los estereotipos y respuestas



ANEXO: Actitudes mediadoras y abordaje del conflicto

La aparición de conflictos es natural en cualquier tipo de relación y ámbito de la vida. De ahí la importancia de saber trabajar con ellos, solucionarlos y prevenirlos.

- **Buscar y crear el ambiente adecuado.** Espacios adaptados a la población gitana (espacios amplios, sillas suficientes, etc.), quitar barreras y obstáculos (espacios abiertos sin mesas de por medio).
- **Evitar generalizar.** La comunidad gitana es muy heterogénea y el comportamiento de alguno de sus miembros o familias no puede extrapolarse al resto.
- **Adaptar lenguaje y simbología:** Mostrar cercanía, realizar hechos simbólicos. Todas las acciones están cargadas de simbología y tienen un significado.
- **Llegar a acuerdos o pactos en relación a la puntualidad, responsabilidad, compromiso.** La población gitana tiene talante negociador y siempre funciona el "tú me das, yo te doy a cambio" (Arbex, 1999: 20).

No intentar controlar. El/la profesional no puede parecer una figura punitiva o coactiva. Hay que evitar en la medida de lo posible los expedientes, sanciones, etc. Esto no quiere decir que no haya que establecer normas o prescripciones claras, otorgar tareas y marcar objetivos.

CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y ACTITUDES DEL MEDIADOR/A

Hacer ver que la persona moderadora será un referente.

Mantener la distancia adecuada (la cercanía afectiva debe ser muy medida para ganarse el respeto, tal como ellos/as lo entienden).

La información debe ser significativa, relacionada con experiencias y expectativas.

Mantener los acuerdos, sobre todo los que establezcamos con el grupo (tener palabra, cumplir compromisos). Pero también ser conciliadores/as y flexibles.

Comunicar la información de forma eficaz.

Manejar técnicas de resolución de conflictos.

Ser imparcial.

Transmitir serenidad.

Mostrar sensibilidad y preocupación ante lo que sienten y expresan los y las demás.

Actitud de apertura.

Mostrar cercanía e interés por la otra persona.

A continuación ofrecemos una serie de **pautas que puedan mejorar la relación y el trato con la comunidad gitana**, en especial las familias, y que servirán para la aparición de posibles conflictos **en el contacto que tienen con los centros hospitalarios y servicios de urgencia** (García, 2006):

- Establecer puntos de información claramente señalizados, donde se ofrezca información verbal a los y las solicitantes.
- Proporcionar, en el momento del ingreso, información escrita de las normas de uso del centro; derechos y obligaciones de los y las pacientes; horarios de visitas, atención..
- La información anterior debe ser ofrecida verbalmente por personal con formación en atención a la diversidad y no por los servicios de seguridad del centro.
- Cuando esté presente la familia extensa gitana en el centro, reconocer a la máxima autoridad (generalmente los hombres más mayores o sino las mujeres más mayores) para transmitirles mensajes de importancia (el estado de los pacientes, la evolución de la enfermedad o la noticia de la muerte del familiar). En este último caso, mantener una actitud de comprensión y respeto ante las muestras de dolor.
- Adecuar algunos espacios públicos comunes del centro, como las salas de espera, a la permanencia de la familia extensa.
- La presencia de mediadores/as interculturales en los centros, ya que favorece el entendimiento con el personal sanitario.

LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL¹⁵:

"La mediación en las relaciones entre personas culturalmente diversas, actúa para la prevención de conflictos culturales, favoreciendo el reconocimiento del otro diferente, el acercamiento entre las partes, la comunicación y la comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la búsqueda de estrategias alternativas para la resolución de conflictos culturales y la participación comunitaria".

La mediación, entendida de forma profesionalizada, es un recurso que actúa como puente entre la comunidad gitana y la sociedad mayoritaria para promover un cambio constructivo en las relaciones entre ambas. Es un proceso y no una herramienta "para apagar fuegos" cuando se producen conflictos.

La mediación en el **ámbito de la salud** tendría entre sus **funciones**:

- Facilitar el acceso de la población gitana a los recursos socio-sanitarios.
- Conocer las necesidades sentidas.
- Facilitar la comunicación entre los y las profesionales y la comunidad gitana promoviendo su acceso a dichos recursos en igualdad de oportunidades.
- Disminuir las barreras culturales.
- Asesorar a las personas gitanas usuarias en relación con las y los profesionales de los servicios sanitarios y viceversa.
- Apoyar personalmente a las personas gitanas usuarias.

15.- Cuadro obtenido de la referencia bibliográfica: García, 2006

ANEXO: Análisis de la noticia de prensa

Esta noticia y el análisis se ha obtenido de la siguiente referencia bibliográfica:

- García, C. (2006). *Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios*. Madrid. Fundación Secretariado Gitano.

NOTICIA:

Altercados en La Paz por el fallecimiento de un joven.

Cerca de cincuenta miembros de su familia, de etnia gitana, pretendían llevarse su cadáver. Efectivos antidisturbios tuvieron que acudir al lugar de los hechos. Un hermano del fallecido, que sacó una navaja, sufrió una fractura de cráneo en el forcejeo.

Fuente. Diario ABC Madrid. Página 32. 22/01/2004.

Las puertas de la UVI del hospital de La Paz se convirtieron el pasado martes en el escenario de una batalla campal entre los familiares de un joven recién fallecido y varios efectivos antidisturbios.

Todo comenzó a media tarde, con el fallecimiento -por causas naturales- de un joven de etnia gitana que se encontraba ingresado en el citado centro hospitalario. Tras comunicar la muerte del joven, de unos treinta años, los familiares que se encontraban en el interior del hospital -unos cincuenta según fuentes de la Policía- insistieron en llevarse el cadáver. Los ánimos se caldearon hasta tal punto que varios médicos decidieron avisar al servicio de seguridad del centro, que tampoco pudo contener "la furia" de la multitudinaria familia gitana.

De hecho, no sólo se personaron agentes de la comisaría de Fuencarral-El Pardo, sino que también fue necesario que intervinieran efectivos de antidisturbios. (...). Al parecer, esta no es la primera vez que dicha familia protagoniza altercados. De hecho, hace quince días se había reforzado la seguridad del centro dada la conflictividad demostrada por algunos de sus miembros.

Según el director médico de La Paz, los problemas comenzaron el pasado día 7, cuando el joven fallecido ingresó en la UVI del centro, informa Efe. "Los familiares trajeron mantas para dormir en el hall y hacían sus necesidades en la entrada", aseguró el responsable médico, quien confirmó que en alguna ocasión habían amenazado a un celador. (...).

Un nuevo plan de seguridad

El Consejero de Sanidad, calificó ayer los hechos de "lamentables" y señaló que pese a ser situaciones excepcionales que vienen motivadas por "razones afectivas", este hecho no justifica actitudes violentas y agresivas contra el personal sanitario y contra el propio Centro "que es de todos los madrileños". Informó además de la elaboración de un plan de seguridad que cuenta con un presu-

puesto de 9 millones de euros, para garantizar la seguridad de los pacientes y del personal sanitario en los centros hospitalarios de la región.

Reacciones

- S.A.E. (Auxiliares de Enfermería):

El sindicato reclamó ayer la puesta en marcha del plan de seguridad para los profesionales sanitarios que aumentará la seguridad activa y pasiva del personal, la creación de una unidad de apoyo para los trabajadores que puedan ser agredidos y otra específica de asesoramiento legal.

- C.E.S.M (Médicos)

El sindicato mayoritario entre los facultativos hizo ayer un llamamiento a la "sensatez y el respeto" entre la sociedad y los profesionales sanitarios. A su juicio, las situaciones conflictivas se están repitiendo con excesiva frecuencia. Por ello, "ruegan" que se entienda que los médicos son los primeros en poner todo lo que está de su parte por superar cada situación.

Análisis de la noticia:

Si realizamos un análisis pormenorizado de la información que se transmite en esta noticia podemos observar que es posible poner en marcha diversas actuaciones para prevenir la aparición de conflictos de este tipo.

Analizaremos el texto de la noticia centrándonos en las frases y párrafos que aparecen subrayados en la noticia, ya que contienen las ideas clave para abordar la resolución y prevención de estas situaciones:

"Tras comunicar la muerte del joven, insistieron en llevarse el cadáver"

La muerte y la figura de las y los difuntos tienen especial significado en la cultura gitana. Cuando se produce este suceso, o es previsible que vaya a suceder, es necesario poner en marcha las siguientes estrategias:

- Transmitir la información a las personas de mayor reconocimiento en el grupo.
- Preparar, previamente, a la familia para el desenlace.
- Mantener una actitud de comprensión y respeto hacia las manifestaciones de dolor.
- Informar sobre las posteriores actuaciones imprescindibles a realizar.

"Esta no es la primera vez que dicha familia protagoniza altercados. Los problemas comenzaron el pasado día 7, cuando el joven fallecido ingresó en la UVI del centro".

Si existe una situación previa conflictiva, es necesario poner en marcha mecanismos que disminuyan la aparición de consecuencias peores. Las funciones de la mediación intercultural, (con la participación de un mediador o mediadora de etnia gitana) favorecerán:

- El entendimiento entre profesionales sanitarios y la familia gitana.
- La comprensión y funcionamiento de las normas del centro hospitalario por parte de la familia.
- Mayor seguridad y confianza de la familia gitana en el centro hospitalario y sus profesionales.

“Los familiares trajeron mantas para dormir en el hall y hacían sus necesidades en la entrada”

El cumplimiento de las normas de uso de los espacios públicos es una tarea que también puede trabajarse con la mediación. La habilitación de espacios adecuados donde la familia extensa pueda permanecer, especialmente cuando se trata de hospitalizaciones largas, resultaría adecuado para evitar el inadecuado uso de otros espacios.

Reacciones:

“Informó además de la elaboración de un plan de seguridad”

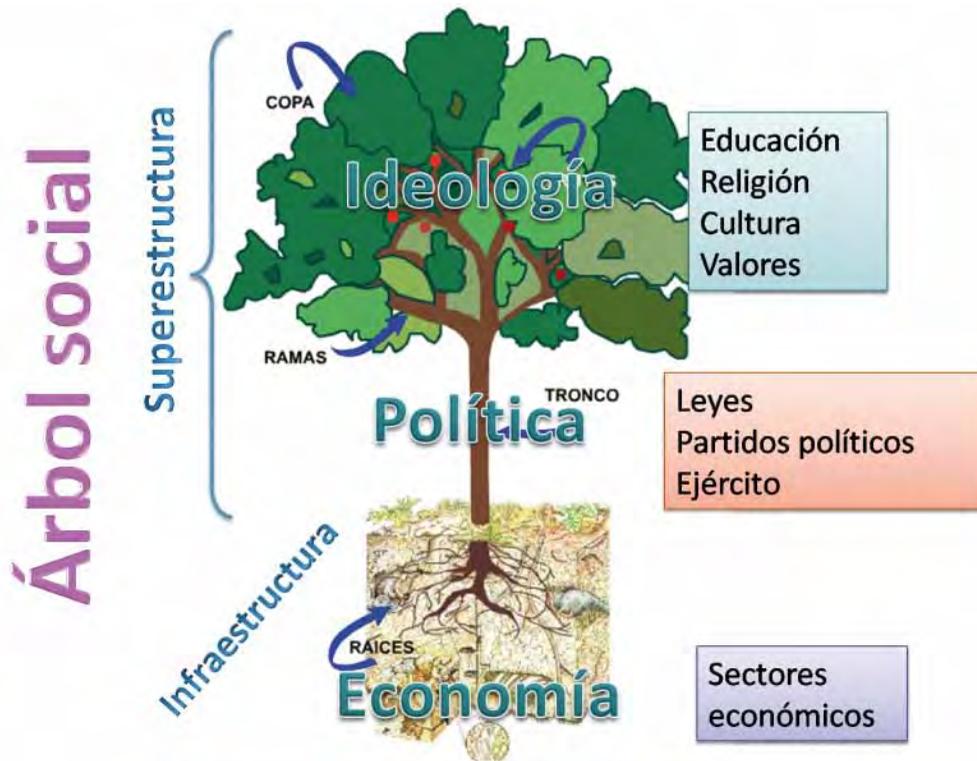
- S.A.E. (Auxiliares de Enfermería). El sindicato reclamó ayer la puesta en marcha del plan de seguridad para los profesionales sanitarios que aumentará la seguridad activa y pasiva del personal, la creación de una unidad de apoyo para los trabajadores que puedan ser agredidos y otra específica de asesoramiento legal.
- C.E.S.M (Médicos). El sindicato mayoritario entre los facultativos hizo ayer un llamamiento a la “sensatez y el respeto” entre la sociedad y los profesionales sanitarios.

La elaboración de un plan de seguridad es insuficiente. Se trata más bien de elaborar planes de prevención y atención a potenciales situaciones conflictivas donde se incluya:

- El refuerzo de las garantías en la prestación de los servicios sanitarios.
- El ejercicio de los derechos de la ciudadanía.
- El refuerzo de las funciones de acogida e información a las personas usuarias asegurando el entendimiento de las normas y usos por parte de las mismas, con actuaciones específicas para las minorías étnicas y culturales.
- La sensibilización de la sociedad sobre el trabajo de las y los profesionales sanitarios.
- La formación de profesionales para la resolución de conflictos.

ANEXO: Árbol social

El siguiente gráfico de la técnica el Árbol Social se ha obtenido de la siguiente fuente: Escuela de Frankfurt y Árbol Social.





ANEXO: Cómo nos relacionamos con la población gitana y su juventud

Para mejorar la atención de la juventud gitana en materia de salud y prevención de drogodependencias, uno de los elementos clave es la **calidad de la relación y el acercamiento entre la comunidad sanitaria y la población gitana en Europa**. De ahí que la primera pregunta que nos debemos hacer y el punto de partida de esta reflexión sea: ¿Qué sabemos de la **población gitana**?

Los estudios sobre actitudes sociales demuestran que la forma en que la sociedad se enfrenta a la población gitana se basa en tres ideas preconcebidas:

Idea 1: Las y los gitanos son diferentes

Normalmente se nombran 3 tipos de diferencias:

- 1. Culturales:** Pensamos que tienen una cultura propia. Se producen contrastes exagerados en lo que se piensa: puede considerarse una sociedad más tradicional y "atrasada", más rural, menos alfabetizada, más cerrada a los cambios; pero también más cohesionada, más alegre, menos individualista o materialista. Otros rasgos: importancia de la familia extensa, preferencia por el matrimonio entre gitanos y a veces entre parientes, roles establecidos y jerárquicos de género y generación, forma de asentamiento y residencia, oficios antiguos y nuevos.
- 2. Socioeconómicas:** Son vistos/as como más pobres y menos integrados, es decir, tienen peor acceso a los bienes de la sociedad. Viven en "los márgenes". La pobreza no se percibe como un rasgo simplemente económico. Es una pobreza sospechosa de querer perpetuarse o de existir porque las personas no hacen nada para cambiar, porque es su cultura lo que les lleva a esa situación en el margen.
- 3. Morales:** El viejo racismo consideraba a la población gitana no solo culturalmente diferente y socialmente atrasada, sino básicamente poco de fiar, tramposa, vaga o peligrosa para el orden. Este repertorio tradicional ha cambiado con la sociedad urbana y el rechazo público del racismo: son dependientes, abusan de los servicios o prestaciones, son machistas, poco educados/as, no quieren integrarse.

Idea 2: Las y los gitanos tienen más problemas

Sin duda, hay **una gran parte de la población gitana vulnerable**, "expuesta a desventajas y a desigualdades": la mayor parte de las y los gitanos en Europa tienen menos empleos formales y menos propiedades; viven en lugares peores y en viviendas precarias, acceden a menos protección y recursos. Su participación social y presencia en los lugares de poder o prestigio es menor. Sus redes sociales son limitadas y en algunas regiones su vida transcurre en espacios segregados (o marginales). Todas estas condiciones tienen impactos sobre la salud y la esperanza de vida, sobre su autoestima y la forma de abordar los problemas.

Pero **la comunidad gitana tiene también fortalezas** y éstas deben incorporarse al trabajo en salud: recursos propios, creatividad, formas de cuidado y de consuelo, liderazgos de diverso tipo, bienes sociales y culturales que cualquier acercamiento debería valorar y activar. La desigualdad no implica necesariamente que todos los indicadores sean peores. Pueden tener peor salud en algunos aspectos, pero no necesariamente más problemas de drogodependencias.

Idea 3: Las y los gitanos son el problema.

Es común pasar de la idea de “vulnerabilidad” a la idea de “peligro”. Este desplazamiento de “grupo con problemas” a “grupo problemático” se produce también en los sistemas de salud. La idea que aflora en algunos discursos sociales y profesionales es que las y los gitanos son más demandantes, acuden más a los servicios y son peores pacientes. No es infrecuente escuchar que son ruidosos o exigentes, que acuden en grupo a los hospitales, que no atienden a las recomendaciones, que no cumplen las reglas. Se producen los dos efectos que alimentan el prejuicio:

- Considerar negativa una actitud que en el propio grupo es vista como aceptable o incluso positiva, como el acompañamiento familiar en la enfermedad.
- Generalizar el comportamiento, previamente definido como inadecuado, de una parte del colectivo.

De forma más sutil, dos son las acusaciones más frecuentes:

- **Abuso.** Parte de la idea de que la comunidad gitana no pertenece a lo común, y por lo tanto, no es obvio que merezcan la atención que se les brinda como ciudadanos. No es la ley, sino la mayoría quien decide cuándo ese uso no es adecuado y podría retirar esos derechos si el otro abusa de su uso.
- **Pasividad.** Se relaciona con el sentimiento de que dotar a ciertos grupos de ayudas y prestaciones puede derivar en su dependencia y pasividad. Las y los gitanos responderían, según este discurso, a esta definición: se asume que se les da mucho, se observa que la situación no varía sustancialmente y se les culpa de la falta de progreso.

Los pasos lógicos de esta argumentación no se sostienen, ya que la comunidad gitana, como grupo específico, no recibe más que el resto. En todo caso, han hecho menos uso de ciertos servicios y prestaciones. En otros casos, sin duda se han beneficiado de políticas destinadas, por ejemplo, a erradicar el chabolismo, precisamente porque son las últimas ciudadanas y ciudadanos europeos que viven en infravivienda.

ANEXO: Comportamiento del sistema sanitario

Estas ideas y sentimientos determinan muchas de las opiniones de la comunidad sanitaria y sus profesionales, así como del resto de la sociedad. Tres son los efectos clásicos:

- **Dificultad de identificación.** Al verlos como diferentes tenemos más dificultades para identificarnos y generar espacios de comunicación, poniendo el foco en las quejas o la presión de las y los pacientes o familias ansiosas, que atribuiremos a un rasgo cultural del grupo; nos ponemos a la defensiva ante la población gitana.
- **Defensa a ultranza de la propia cultura.** Esa falta de identificación además impide una visión crítica de los propios valores. Parece que solo los otros tienen cultura; pero el sistema de salud, tiene valores, cultura, discurso y poder para imponerlo. Dos ejemplos:
 - **La individualización de la enfermedad** que cada individuo gestiona y del que se responsabiliza. Esto no sucede en la cultura gitana, donde la enfermedad es especialmente sentida por toda la familia.
 - **La separación de cualquier aspecto espiritual** de la salud del cuerpo. No será bien comprendida en culturas donde la religión es un ámbito básico, y para quienes la curación tiene una vertiente moral y espiritual.
- **Frustración.** Cuando definimos una cultura o un grupo como más atrasado o con graves problemas, cerramos las puertas al cambio paulatino y la mejora. Nos ponemos en una situación de todo o nada. Entre muchos profesionales que no son gitanos/as, pero trabajan con ellos/as, se plantean dos posturas opuestas:
 - Cambio radical de la cultura y vida gitanas que implica un cambio sustancial de sus condiciones de vida y pautas culturales.
 - Defensa de su identidad; que consiste en exagerar la necesidad de una identidad fuerte gitana, política o social, segregada.

Estas posturas han determinado en el pasado políticas públicas y decisiones de las administraciones que han tenido fuertes efectos sobre la población gitana. Su problema es la **simplificación**, porque se quiere resolver de una vez problemas y conflictos donde no caben atajos, y **no respetar el cambio del otro**, porque ignora la complejidad que implica cambiar en condiciones adversas.

Cuando se trabaja con minorías, la atención a la diferencia adquiere un tono particular e identitario. Esta diferencia cultural justifica una intervención adaptada o sensible a las especificidades de la población gitana, donde la incorporación de los elementos clave que caracterizan a cada grupo o individuo nos permitirá realizar una intervención de mayor calidad.

Esto para el profesional de salud no significa trabajar más, sino incorporar nuevos conceptos, formas diferentes de observar la realidad, nuevas metodologías de intervención, que les permita cumplir mejor sus funciones, obteniendo mejores resultados en su trabajo cotidiano y reduciendo la posibilidad de aparición de conflictos (García, 2006).

ANEXO: Comunicación y relación empática

- **El/la profesional debe dejarse sorprender por la realidad**, no solo ver los déficits sino también las fortalezas de las personas.
- **Adaptar la información (tener en cuenta la edad, los roles de género...).** Transmitir la información de forma clara y sencilla, asegurarnos de que se ha entendido la información: los diagnósticos, los tratamientos, los procedimientos, etc.
- **Usar la pedagogía de la pregunta, escuchar más que hablar:** ¿qué sabes...?, ¿qué piensas sobre ...?, ¿qué dudas tienes ...?, ¿qué te parece...? ¿qué te sugiere ...?
- **Importancia del primer encuentro.** En los centros de atención y/o prevención, si los profesionales conectan afectivamente en el primer encuentro y se sienten tratados con afecto, la persona que ha hecho la acogida se convierte en un referente (Arbex, 1999).
- **Conocer a las personas.** Su carácter, su nombre, lo que les ha llevado a ir al centro (Arbex, 1999). Suelen ir a los sitios donde saben que son bien recibidos o donde van otras personas gitanas. Crear una relación de confianza.
- **Establecer una relación de igual a igual, no imponer.** La intervención y la relación deben surgir desde la naturalidad.
- **A las y los jóvenes, les gusta mucho hablar y que los escuchen.** Hay que intentar que se sientan escuchados y respetados (Arbex, 19).

COMPETENCIAS COMUNICATIVAS¹⁶

- ✓ Ser consciente de posibles prejuicios y percepciones que pueden condicionar la propia interpretación de la forma de comunicarse y de la conducta de los demás.
- ✓ Tener en cuenta los diferentes significados de gestos, exposiciones, distancias físicas para personas pertenecientes a distintos grupos culturales.
- ✓ Hablar con claridad y precisión.
- ✓ Evitar expresiones coloquiales que pueden ser malinterpretadas.
- ✓ Repetir las afirmaciones de forma diferente para reforzar la comprensión.
- ✓ Escucha activa, reformulando lo oído para comprobar su correcta comprensión.
- ✓ Identificar y solucionar dificultades de comunicación recurriendo a mediadores/as culturales que faciliten la comprensión y el entendimiento.
- ✓ No tratar al interlocutor/a como si no fuera adulta.
- ✓ Mantener el sentido del humor y el tono relajado, ya que facilita la aceptación y la comunicación.

16.- Obtenidas del libro: Retos en los contextos multiculturales, competencias interculturales y resolución de conflictos de la FSG (FSG, s/f).

En los últimos años se ha desarrollado una estrategia para abordar la comunicación que toma en cuenta las vivencias y los aspectos propios del contexto, que condicionan la relación entre el paciente-usuario/a con el profesional sanitario.

El modelo de la comunicación centrada en el/la paciente o usuario/a se basa en 6 elementos¹⁷:

- 1. Exploración de la enfermedad y las vivencias que al paciente le ocasiona:** Además de la exploración de los síntomas, se tienen en cuenta los siguientes aspectos:
 - La idea del paciente sobre la enfermedad.
 - Los sentimientos que le produce (angustia, miedo, etc.).
 - Las expectativas que tiene sobre el/la profesional y la utilidad del tratamiento.
 - El impacto de los síntomas en su vida diaria.
 - La comunicación no verbal.
- 2. Comprensión de la persona en su totalidad:** Teniendo en consideración otros factores del paciente tales como las condiciones de habitabilidad en las que vive, relaciones y apoyos familiares, las necesidades económicas, etc.
- 3. Acuerdos con el/la paciente:** El/la paciente debe participar activamente en su proceso de salud-enfermedad. Para ello, el/la profesional sanitaria debe buscar su aceptación tanto en el diagnóstico propuesto como en el tratamiento terapéutico.
- 4. Incorporación de la prevención o promoción de la salud:** La prevención y la promoción se incluyen para la reducción de daños, la detección temprana de enfermedades y la disminución de sus consecuencias.
- 5. Cuidado de la relación profesional-paciente:** El/la profesional debe intentar que la relación con el/la paciente mejore en cada encuentro.
- 6. Realismo:** Todo lo señalado debe realizarse teniendo en consideración las posibilidades reales del servicio en el que trabaja el/la profesional sanitaria: recursos, tiempo disponible, etc. Los/as profesionales sólo podrán valorar los aspectos de este modelo que son más importantes para el proceso y para el/la paciente.

17.- Este cuadro es una adaptación de la Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los servicios sanitarios (García, 2006). Aunque está enfocado a la atención primaria, consideramos que es un modelo interesante de referencia para las y los profesionales de prevención en drogodependencias.

ANEXO: Determinantes de la salud

La siguiente explicación está obtenida de la fuente: *Presentación de los Determinantes de la Salud*, María Angélica Gomes. OPS/OMS Nicaragua.



El esquema del modelo multinivel de los determinantes de la salud es el siguiente (Dahlgren y Whitehead, 1991):

- **Factor biológico:** Un número creciente de factores genéticos se ve implicado en la producción de diversos problemas de salud: infecciosos, cardiovasculares, metabólicos, mentales, cognitivos y conductuales.
- **Estilo de vida:** La conducta del individuo, sus creencias, valores, bagaje histórico y percepción del mundo, su actitud frente al riesgo y la visión de su salud futura, su capacidad de comunicación, de manejo del estrés y de adaptación y control sobre las circunstancias de su vida determinan sus preferencias y estilo de vivir.
- **Influencias comunitarias y soporte social:** Nos referimos a la presión de grupo, la cohesión y la confianza sociales, las redes de soporte social y otras variables asociadas al nivel de integración social e inversión en el capital social.
- **Acceso a servicios de atención de salud:** Es la forma en que se organiza la atención médica y sanitaria, en sus aspectos de promoción, protección y recuperación de la salud y de prevención, control y tratamiento de la enfermedad en una población.
- **Condiciones de vida y de trabajo:** La vivienda, el empleo y la educación adecuados son prerequisites básicos para la salud de las poblaciones.

- **Condiciones socioeconómicas, sociales y culturales:** En este nivel operan los grandes macro-determinantes de la salud, que están fundamentalmente asociados a las características estructurales de la sociedad, la economía y el ambiente y, por tanto, ligados con las prioridades políticas, decisiones de gobierno y formas de tratamiento de la agenda social. Por ejemplo: alcance del marco jurídico-legal vigente, las estrategias de lucha contra la pobreza, la intensidad de las políticas redistributivas, las oportunidades para la construcción de ciudadanía, etc.

ANEXO: Ficha de evaluación

CUESTIONARIO FINAL: EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES FORMATIVAS

1. Desde lo más concreto hasta lo más general, ¿qué herramientas, capacidades o conocimientos crees que te han aportado las dinámicas y acciones formativas?

2. ¿Qué cosas te gustaría comentar sobre las dinámicas, sesiones, técnicas o contenidos?

3. ¿Crees que los contenidos, las técnicas y las dinámicas se ajustan a tus necesidades y han contribuido a mejorar tu práctica profesional?

4. Otros comentarios:



ANEXO: Incorporar a la práctica sanitaria

Conocer estas pautas culturales nos dará un conocimiento mayor de la persona y su contexto, y permitirá al profesional adaptar su intervención.

- **Conocer las características socioculturales de la comunidad gitana**, en especial las que afectan de manera positiva o negativa a su salud: El apoyo mutuo entre parientes, el respeto y cuidado a las personas mayores, la importancia del luto. Cuestiones relacionadas con el género: el papel de la mujer como cuidadora que tiende a olvidarse de su propia salud.

Recordar:

ASPECTOS TRADICIONALES DE LA CULTURA GITANA RELACIONADOS CON SALUD

Trascendencia que otorgan a la salud, unida a la importancia de la familia y la salud de los y las demás. La importancia de las personas mayores y el sentimiento de vulnerabilidad hace que la presencia de la enfermedad y de la muerte esté muy presente en la población gitana.

Salud como ausencia de enfermedad y ésta como situación invalidante ligada a la muerte. Cuando una persona (y familia) percibe que ha aparecido la enfermedad, la actuación debe ser inmediata y resolutive. El temor a la enfermedad se une a los problemas de acceso a los servicios de salud, por lo que utilizan más los servicios de urgencias, y que exista cierta tendencia a la auto-medicación y el consejo informal entre parientes o vecinas.

Salud como ausencia de enfermedad física. Esta relación implica que los comportamientos y todo aquello relacionado con lo psicológico les resulte ajeno.

La unión de la idea de salud con la moralidad, convierte ciertas enfermedades, como el caso del VIH, en un descrédito y una deshonra, por lo que a menudo se vive en secreto y con un gran sentimiento de culpa, mayor en las mujeres.

Invisibilidad de la prevención. El temor a la muerte y la negación de la enfermedad ocasiona que generalmente solo van al médico cuando están muy enfermos/as.

- **Detectar posibles referentes en las familias.** Se relacionan dentro de la perspectiva cultural de la interdependencia familiar; las figuras de autoridad familiares, padres, abuelos o tíos deben ser involucrados en tratamientos o terapias (Arbex, 1999).
- **Intervención grupal con la familia.** Es preferible hacerlo separadamente, ya que los roles y la separación de sexos puede ser muy acusada. Al estar juntos y juntas se dificulta la comunicación y se pierde espontaneidad (Arbex, 1999).
- **Establecer límites claros y firmes, desde los centros de prevención o atención.** Es necesario involucrar a las familias gitanas en su cumplimiento. Se requiere una labor pedagógica importante y la necesidad de establecer acuerdos (Arbex, 1996).

- **Capacidad emprendedora de las mujeres.** Para el trabajo de prevención, el tratamiento de enfermedades o en las adicciones, es clave el trabajo con las mujeres y madres gitanas, aprovechar su capacidad emprendedora (Arbex, 1996).
- **Sexualidad.** En general, tienen poca información y les genera vergüenza hablar del tema. Por lo que se sugiere que se emplee un lenguaje (verbal y no verbal) que facilite la comunicación (Arza Porras, 2008). Cuando se requiera alguna prueba que pueda ser percibida como una amenaza a algún aspecto de la virginidad de la joven, es necesario explicar detalladamente su importancia (Arza Porras, 2008).
- **Heterogeneidad.** La población gitana es muy diversa: esto implica poner el foco en la persona, en entender y comprender el contexto y circunstancias individuales (su situación familiar, recursos, nivel de integración, etc.).

Para el tema de las **adicciones** hay principios evidentes como la confidencialidad, la empatía para entender al otro o la paciencia para adaptarse a la previsible lentitud de los avances; pero también la necesidad de tener fines y límites claros que orienten a los y las jóvenes y no les dejen solos con sus problemas. Pero hay otros principios que deben estar presentes cuando se trabaja con una minoría:

- **Saber desde dónde se habla.** El trabajo en salud no es neutral. Nuestra idea del cuerpo, de la enfermedad, de la moralidad está tan determinada cultural y materialmente como la de los demás grupos. Entender que otra persona puede tener otros valores o dar un peso diferente a los mismos es importante, tanto como entender los propios.
- **Activar los recursos del contexto.** Las personas y los grupos tienen formas propias de cuidar y cuidarse, fortalezas e ideas que los programas no deben pasar por alto. Si se reconoce el poder del otro y su autoridad, debe hacerse en serio, dándole la posibilidad de participar en su progreso, aceptando un grado de disconformidad con sus pautas o caminos (siempre en los límites de los principios democráticos) y dejando que transforme su situación vital o al menos que la pueda discutir. Esto implica cierto reequilibrio entre la autoridad pública y la autoridad y saber de la juventud gitana.
- **Proponer metas alcanzables.** Es importante proponerse metas alcanzables y respetar los avances pequeños. Si se buscan grandes cambios, o cambios ajenos a la realidad estructural, el resultado será la frustración del profesional y del usuario/a. No se trata de hacer programas modestos, pueden y deben ser ambiciosos, pero deben estar definidos de una manera que ofrezcan avances concretos que vayan cimentando la confianza en sí mismos de los y las jóvenes.
- **Apoyar los procesos individuales y discutir los procesos sociales.** En situaciones de desigualdad social, muchas veces los avances se verán frustrados, las y los jóvenes no responderán como esperamos, la realidad de la marginación o la pobreza se impondrá. El resultado es a menudo el desen-

canto del profesional y la acusación inconsciente a las personas usuarias de sus problemas o su incapacidad para superarlos. Para evitar esto en especial, es necesario discutir, con el equipo y con los propios jóvenes, los límites de la intervención, las condiciones materiales de su vida. Esto impedirá que consideremos a los y las jóvenes completamente responsables de los resultados, pero tampoco completamente ajenos.

- **Aprender de los márgenes.** Es necesario aprender y transmitir lo aprendido en los lugares donde trabajamos. Observamos que las personas tienen capacidad para mejorar su suerte en entornos muy difíciles. La innovación social debe ponerse a prueba en todos los programas. Es necesario arriesgar con proyectos razonados, sabiendo que sus resultados serán útiles para la institución de la salud. Lo que se aprenda en los supuestos "márgenes" o con minorías será aplicable a la población general, que es cada vez menos homogénea y más plural.

ANEXO: Introducción a la formación

Justificación. La comunidad gitana en Europa presenta una gran diversidad. Sin embargo, su situación social y económica es en general más deficitaria que el promedio de la población, lo que influye fuertemente en un peor estado de salud. Asimismo, su salud también se encuentra afectada por los prejuicios y la discriminación que han padecido históricamente y que siguen padeciendo.

Objetivo del Manual. Contribuir a eliminar las barreras a las que se enfrenta la comunidad gitana en Europa en el acceso a los servicios de salud y adicciones, y de esta forma incidir en la reducción las desigualdades en salud que padece.

Para ello, se ofrece a las y los profesionales de la salud, en la primera parte de este *Manual para la Práctica* información que les permita conocer y comprender las especificidades de la cultura gitana, en particular su relación con la salud y las drogas; así como de herramientas que les permitan mejorar sus habilidades para trabajar con la comunidad gitana y su juventud.

Objetivo de la Formación. Presentar de una forma pedagógica los contenidos expuestos en la primera parte de esta guía a las y los profesionales de la salud.

Esto implica presentar de una forma amena y práctica los contenidos abordados y generar espacios de reflexión que influyan en las percepciones, actitudes y en las prácticas de las y los profesionales.



ANEXO: Las y los Roma/gitanos en Europa, un poco de historia

El siguiente artículo está obtenido de: Gitanos, Pensamiento y Cultura. El Ayer y el Hoy. Número 29, abril 2005. Revista Bimestral de la FSG (páginas: 18-20).

- **TÍTULO: LAS Y LOS ROMA/GITANOS EN EUROPA: UN POCO DE HISTORIA.**

- **RESUMEN:** La situación de las y los roma/gitanos en la Unión Europea Ampliada ha sido publicado por la Comisión Europea en inglés, francés, alemán y romanés pero, al menos por el momento, no en español. Por este motivo, en este número que dedicamos a las políticas sociales europeas y la comunidad gitana, hemos recogido en algunas secciones referencias al mismo.

En esta sección de "El ayer y el hoy" incluimos una traducción del Capítulo 2 del citado Informe, en el que se hace un breve recorrido por la historia de las y los roma/gitanos en Europa.



1. La situación actual de las y los roma/gitanos en Europa no puede ser entendida sin un repaso histórico de la trayectoria y del trato que han recibido en dicho continente. La historia de las y los Roma no está bien documentada, pues no han dejado tras ellos muchos vestigios de su existencia común. Aunque la cuestión de su origen histórico provocó muchas controversias en el pasado, ahora es admitido, apoyándose sobre todo en pruebas lingüísticas, que los pueblos Roma descienden de grupos que abandonaron la India a finales del primer milenio. Presentes en la parte europea del Imperio Bizantino (s. XI), probablemente entraron a España por el norte de África en la misma época. Los Balcanes y zonas situadas en lo que actualmente es el sur de Grecia, se consideraron en los siglos XIV y XV como centros de alta presencia de población Roma.
2. Tras un periodo de relativa tolerancia en la baja Edad Media, las y los Roma comenzaron a ser el blanco de una primera serie de persecuciones en Europa. Muchos historiadores están de acuerdo en reconocer que los episodios

de represión y hostigamiento fueron más evidentes en la Europa cristiana anterior al Siglo de las Luces, que en otros periodos como el Imperio Bizantino. El alto número de pueblos Roma en ciertas zonas de la Europa actual que antiguamente fueron posesiones otomanas, parecen confirmar esta afirmación, aunque las autoridades otomanas llevaron políticas discriminatorias contra los no-musulmanes, y dentro de la comunidad musulmana de la época, las y los Roma eran discriminados específicamente.

3. Dentro del Imperio Otomano las y los Roma vivieron una situación más conflictiva en las zonas del imperio consideradas relativamente tranquilas, que corresponderían actualmente a Rumania, donde los terratenientes y el clero les esclavizaron. Thomas Acton, profesor de Estudios gitanos, comenta respecto a la historia de los Roma entre los siglos XVI y XVII que "cuando hoy los Roma de la Europa del Este conocen a los Roma de la Europa del Noroeste, se produce el encuentro de la descendencia de supervivientes de la esclavitud con los descendientes de la supervivencia de genocidios."
4. La época ilustrada (s. XVII-XVIII) se caracterizó por una serie de prácticas que forzaban a las y los Roma a adaptarse a las normas de la sociedad mayoritaria. No podemos precisar en qué medida estas prácticas fueron respetadas en diferentes lugares, pero en los dos siglos siguientes algunos roma eran separados de sus familias o ubicados en instituciones de acogida, en un esfuerzo para librarles de lo que se consideraban actitudes desviadas y acabar así con su existencia como grupo étnico.

El desarrollo de algunas prácticas policiales modernas provocó la formación de ideas como el "Gypsy crime" (delito gitano), y con esto, de informes policiales completos referentes a las y los Roma.

5. Las y los Roma fueron objeto de las persecuciones racistas del régimen hitleriano en la Alemania de 1933 a 1945 y en muchos países sometidos al nazismo. En algunos de estos, el holocausto de las y los Roma, referido por muchos investigadores como el "*Porrajmos*", fue realizado por las autoridades alemanas y por responsables oficiales locales. En algunos países se siguieron estas prácticas por la colaboración en el esfuerzo de la guerra alemana, pero en otros, el holocausto de las y los Roma fue establecido sin incitación alemana. En zonas como la actual República Checa la mayor parte fue exterminada en campos de concentración alemanes o encarcelados en campos de reclusión de dicho país.
6. Durante el periodo de postguerra, en Europa Central y Oriental, se redoblaron los esfuerzos para fijar la implantación de las y los Roma por la fuerza y poner término a lo que eran considerados como comportamientos antisociales. Los gobiernos de Polonia y Checoslovaquia, por ejemplo, desplegaron vastos esfuerzos para poner término al nomadismo de las y los Roma y convertirlos en lo que se denominó un "proletariado" homogéneo. Bajo el estado socialista los esfuerzos intensos de asimilación produjeron las primeras generaciones de gitanos y gitanas promocionadas, así como un mayor número de población roma en instituciones oficiales y del estado. A pesar del discurso oficial, el socialismo de estado de postguerra no

consiguió erradicar el racismo. Algunos gobiernos llevaron a cabo políticas coercitivas de esterilización de mujeres y la escolarización en numerosos países ha sido segregacionista.

7. Tras la II Guerra Mundial la historia de las y los Roma en el Oeste de Europa es similar a la de Europa Central y del Este. Noruega, Suecia y Suiza, por ejemplo, se esforzaron en acabar con la forma de vida en comunidad de las y los Roma y grupos relacionados, a través de acciones como la esterilización forzosa de mujeres y hombres, y la retirada sistemática de niños y niñas romanes de sus familias, llevándoles a instituciones estatales para menores. Recientemente los gobiernos de Suiza y Suecia publicaron una serie de estudios acerca del tema y Suecia ha tomado medidas compensatorias para las víctimas. Por tanto, el impacto negativo de dichas políticas continúa sintiéndose aún hoy y las y los roma, como grupo, sufren todavía un profundo trauma por ello.
8. La era posterior a la caída del Muro de Berlín en 1989 significó un momento de intenso sentimiento antigitano tanto en la Europa del Este como en la Europa del Oeste. En Europa del Este los gobiernos de algunos países han culpado colectivamente a las y los Roma de atentar contra el orden público o por amenaza inminente de atentar contra el orden público. Una persecución sistemática de este grupo ha tenido lugar en países como Albania, Bulgaria, Alemania, Hungría, Polonia, Rumania, Rusia, Eslovaquia, Ucrania y Yugoslavia. Los movimientos racistas igualmente han visto la ocasión para tomar a las y los Roma como blanco de sus ataques. Algunos países como la República Checa y Eslovaquia vieron aumentar la violencia hacia las y los Roma a niveles alarmantes y, en general, la justicia y la administración reaccionaron de forma inadecuada ante este incremento dramático de racismo o han tardado en condenar la violencia antigitana.
9. En la Europa occidental el sentimiento anti-roma ha surgido con frecuencia tras la llegada de personas gitanas provenientes de la Europa del Este. Bélgica, Finlandia, Francia, Alemania, Irlanda, Italia, Países Bajos, Noruega, España, Suiza y Reino Unido, todos han conocido episodios de pánico social, avivados por informaciones alarmistas de medios de comunicación sobre "invasiones gitanas" y discursos similares. Estas medidas han seguido con frecuencia a otras de discriminación racial por parte de las autoridades públicas de algunos países que han incluido expulsiones colectivas.



10. En 1999 las y los Roma de Europa sufrieron la peor catástrofe desde la II Guerra mundial tras la finalización de la acción militar de la OTAN en Yugoslavia, y tras la retirada de las fuerzas yugoslavas de Kosovo, los albaneses llevaron a cabo una campaña de limpieza étnica de población Roma y otras personas percibidas como "gitanos". A pesar de los 4 años de administración de la ONU en Kosovo, la violencia continuó con ataques periódicos y destrucción de propiedades. Hoy se estima que cuatro quintos de la población Roma atacada en Kosovo (probablemente unas 120.000 personas) fueron desplazadas dentro de dicha región, a Serbia y Montenegro o están exiliadas en países limítrofes o en Occidente. La mayoría de esta población vive en condiciones de extrema pobreza, y su llegada a los países de la Unión Europea ha reavivado importantes problemas en temas de asilo e inmigración (aspectos que se tratarán más adelante en el presente Informe).
11. A la luz de una historia de discriminación y persecución, y a pesar de los siglos en Europa sin ningún tipo de institución visible de representación, las y los Roma han mantenido una identidad distintiva. La solidaridad de la comunidad se ha afirmado y fortalecido con frecuencia por los lazos de la familia extensa. Las celebraciones familiares ocupan un lugar importante en sus prioridades sociales. Las tradiciones culturales son respetadas y se identifican con ellas, y en algunas comunidades existen sistemas autónomos de justicia individual y grupal. Algunas de estas prácticas son tradicionales dentro de muchas culturas, y con frecuencia están asociadas al desarrollo de estrategias de grupos marginales para mantener su identidad contra las fuerzas de opresión y/o asimilación cultural. Según Judith Okely "una forma de mantenerse diferente reside en las convicciones de contaminación, las cuales constituyen a la vez una expresión y un refuerzo de un lazo étnico. Las creencias gitanas no sólo clasifican al Gorgio (no gitano o payo) como algo contaminante, sino que ofrecen también un modo de mantener una pureza interna. Si se mantienen ciertas observancias los gitanos pueden entrar sin daño en un territorio no gitano".
12. La población Roma en Europa se estima actualmente en 10 millones de personas, aunque algunos expertos han elevado esta cifra a 12 millones. Sin embargo, no se dispone de datos demográficos precisos, debido a aspectos como el estigma asociado a la identidad de las y los Roma, la desconfianza para identificarse como tales incluso en asuntos administrativos y la negación de muchos gobiernos a incluir la etnia como una categoría legítima en la elaboración del censo. A pesar de la poca certeza demográfica, no hay duda de que el número total de Rom en Europa es en ocasiones mayor que la población total de algunos países miembros de la Unión.
13. Actualmente el sentimiento antigitano está presente si no en todos los países europeos, en muchos de ellos, y en algunos este sentimiento es muy alto. De acuerdo con una investigación reciente, el 79% de las y los checos no querían a las y los gitanos como vecinos. Una encuesta llevada a cabo en 1992 por el Instituto Demoscópico Allensbach indicó que el 64 % de las y los alemanes tenía una opinión desfavorable sobre los Rom, un porcentaje superior al de cualquier otro grupo racial, étnico o religioso. Una inves-

tigación realizada en 1994 por el instituto EMNID indica que cerca del 68% de las y los alemanes no desean tener como vecinos o vecinas a personas sinti o rom. Trevor Philips, Presidente de la Comisión para la Igual Racial del Reino Unido (CRE), afirmó recientemente: "como británico, estoy avergonzado de la forma en que tratamos a los gitanos y traveller. Las cosas deben cambiar y deben cambiar ahora".

14. El trato que reciben las y los Roma tanto en la Unión Europea como en los países limítrofes, se ha convertido en un test determinante de una sociedad humana. La igualdad de trato hacia las y los Roma es hoy uno de los asuntos más apremiantes de los derechos políticos, sociales y humanos a los que se enfrenta Europa.

ANEXO: Presentación del manual

Una vez conocida la justificación y el objetivo del Manual y de haber reflexionado sobre la historia de la comunidad gitana desde sus orígenes, hasta su llegada a tierras europeas (en particular las dificultades, persecuciones y violencia que padecieron), pasamos a terminar de exponer la *Presentación del Manual*.

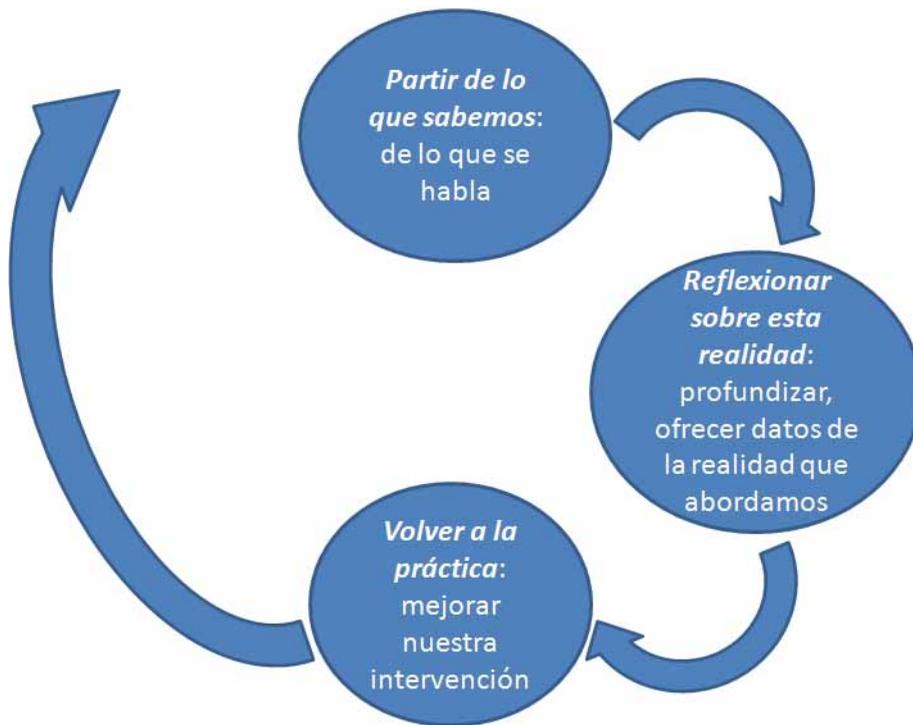
Población beneficiaria y tema. Población joven gitana, entre los 11 y los 25 años. También se busca incidir en toda la comunidad gitana, en aspectos de la salud en general y en el tema de las adicciones en particular.

A quien se dirige la formación. A las y los profesionales de la salud que trabajan en centros de atención primaria, en centros hospitalarios y servicios de urgencia, así como en centros de atención y/o prevención de consumos de sustancias.

Metodología. Presenta un marco teórico que sustenta la propuesta práctica que se ofrece para trabajar con los/as profesionales de la salud. La metodología se basa en una propuesta dialéctica, que parte de los conocimientos, la práctica y la concepción que tienen las y los profesionales de la salud con relación a la comunidad gitana (principalmente su juventud), su salud y las drogas. De ahí se pasa a reflexionar y profundizar sobre su realidad social, su cultura y la relación que establece con su salud y las drogas; y por último, al tener una mayor comprensión de esta realidad, intentar ofrecer elementos para mejorar su práctica sociosanitaria y facilitar el acceso de la comunidad gitana al sistema sanitario.

Estructura. Coincide con la metodología propuesta:

- 1) Una primera que parte “de lo que se sabe”, “de lo que se habla”, “de la práctica sanitaria” en relación a la población gitana, basándonos en estudios que existen al respecto; así como de la forma en que estas ideas afectan a los sistemas de salud.
- 2) Una segunda en la que se ofrecen datos sobre la realidad social de la comunidad gitana en Europa, de elementos socioculturales claves, así como algunas ideas fundamentales en su relación con la salud y las drogas.
- 3) La tercera, “Volver a la Práctica”, ofrece herramientas para incorporar los elementos socioculturales de la comunidad gitana, en los sistemas sanitarios y la práctica de sus profesionales, así como en el diseño de programas de prevención de drogodependencias con la juventud gitana.



ANEXO: Realidad social y elementos socioculturales

Origen y Diversidad

Las y los gitanos europeos, presentes desde el siglo XV, emigraron desde la región del Punjab en la India y se dispersaron en diferentes oleadas. Esta ha sido una de las principales causas de la gran diversidad interna existente dentro de la población gitana.

Una población entre la normalización y la exclusión

Déficit formativo y educativo. En muchos países se puede hablar de escolarización completa en primaria, pero continúa habiendo muchos déficits: Entre los mayores de 15 años, un 43% no tiene estudios y el 32% solo primarios. Entre los jóvenes de 15 a 24 años, solo un 17% es estudiante, frente al 60% de la población europea. Las y los universitarios gitanos siguen siendo una minoría.

Peor Acceso al Mercado laboral. El desempleo, la economía familiar más o menos informal, algunas ayudas públicas y la precariedad caracterizan su economía. Se presenta un elevado desempleo, 23% de media en la encuesta de salud (FSG Health Area, 2009), siendo superior al 50% de la población activa, en otros estudios.

Pobreza y exclusión. Se calcula que dos tercios de la población gitana europea vive en situación de pobreza. Las políticas públicas han tenido un gran impacto en la mejora vital de las familias gitanas, pero no han transformado su posición relativa: siguen siendo "pobres entre los pobres" (Fundación Foessa, 2008).

Estructura social y proceso de transformación

Una característica actual de la comunidad gitana es que se encuentra en un proceso de cambio intenso que algunos autores/as han llamado "modernización selectiva" (OSC, 2012). Cambiar sin perder la propia esencia, es un proyecto histórico, complejo y contradictorio. 3 Posturas ante el cambio:

- a) **Elites y grupos asentados.** La forma una minoría de gitanos y gitanas, que se plantean gobernar el cambio social de su comunidad, a través del asociacionismo y la politización, o a través de otros dispositivos como las iglesias evangélicas.
- b) **Mayoría de las familias gitanas, normalmente pobres, pero no marginales.** Muchas son conscientes de encontrarse en una cultura en crisis por la dificultad de una vida gitana en condiciones urbanas y globalizadas. Pero las crisis pueden llevar a una mayor libertad o aferrarse a los valores más tradicionales.
- c) **Población en situación de marginación.** Familias que viven en entornos segregados o degradados, con economías muy precarias. Su capacidad de cambio está limitada por la falta de relación con el entorno social, la exclusión y sus condicionantes.

El impacto residencial en la identidad gitana

- **Las y los gitanos con mayor estatus viven en los centros de las ciudades o en barrios consolidados.** Con condiciones de vida parecidas a las de sus vecinos/as, teniendo las y los jóvenes problemas comunes de acceso al empleo o vivienda.
- Menos de un 4% de la población gitana europea vive en barrios chabolistas, pero casi **un 30% vive en viviendas de escasa calidad o infravivienda.** La lejanía simbólica y física de la ciudad, así como un acceso menor a los derechos que otorga la ciudadanía, revela una deliberada exclusión y discriminación.
- En muchos casos, las familias gitanas han sido **realojadas en vivienda pública;** representando un 22% del total, pero en algunos países y regiones suponen casi la mitad. Algunos de estos barrios han sufrido un gran deterioro por la mala calidad de la vivienda y los servicios, así como por la segregación espacial que conlleva establecer a familias muy diferentes juntas y aisladas del resto.

Una población joven en proceso de cambio

La edad media está en torno a los 25 años, frente a los 40 años de la población europea total. Hay muchos más niños/as y jóvenes y son menos las personas mayores de 65 años. Esto implica que mientras que los recursos y preocupaciones de las sociedades europeas se orientan cada vez más hacia las y los mayores, en la población gitana se necesita una fuerte inversión en educación, empleo y ocio. En este sentido, el trabajo de prevención en drogas y otras tareas relacionadas con estilos de vida es un factor esencial para la salud futura del grupo. Además, en las y los adolescentes se produce una disonancia, ya que se encuentran encorsetados entre las normas de la cultura gitana y la de la cultura mayoritaria, que no sienten como propias y que a veces transgreden.

Elementos socioculturales importantes

Papel central de la familia.

- ✓ Papel central de la familia como eje de organización social.
- ✓ Prevalencia del grupo frente la individualidad.
- ✓ Familias extensas y numerosas.
- ✓ Roles muy marcados, por sexo y edad.
- ✓ Matrimonios tempranos.
- ✓ Actuales procesos de cambio: matrimonios más tardíos, transformación del papel de la mujer y jóvenes....

Papel de las asociaciones e iglesias

- ✓ Papel destacado de iglesias y asociaciones en la comunidad gitana.
- ✓ Interlocutores válidos en el trabajo con población gitana.

Papel de la mujer

- ✓ La mujer gitana como transmisora de las normas y valores de su comunidad.
- ✓ Sobreprotección de las jóvenes gitanas.
- ✓ Nuevos roles de la mujer, procesos de cambio.
- ✓ Ausencia de nuevos modelos de referencia para la juventud.

ANEXO: Relación con la salud

Breve diagnóstico de salud. La menor renta, las malas condiciones de habitabilidad de los barrios donde viven, la discriminación o el peor acceso a las prestaciones sanitarias, explican la presencia de enfermedades infecciosas y otras enfermedades crónicas menos frecuentes en la población general o que se presentan a edades más tempranas.

ALGUNOS DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN GITANA¹⁸

Aunque no hay estudios demográficos completos para la población gitana, muchas expertas y expertos en salud estiman que la **esperanza de vida es menor** entre las y los gitanos, y que esa diferencia puede superar los 7 años de vida.

En todos los estudios aparece una **prevalencia** de:

- **Enfermedades crónicas o discapacidades** mayor que en la población europea total: tensión alta, diabetes, colesterol, alergias, problemas respiratorios entre las personas mayores y asma infantil.
- **Males psicológicos:** depresión o dolores crónicos (particularmente de huesos y de cabeza y migrañas).
- **Accidentes** (domésticos, laborales o de circulación).

Tanto las enfermedades como la accidentalidad provocan en muchas personas gitanas incapacidades o limitaciones vitales de diverso tipo. Ambas causas de mala salud están asociadas con el entorno residencial y sus condiciones, más o menos seguras e integradas.

Mujeres: Los datos muestran problemas asociados a los embarazos precoces y tardíos, menores hábitos de prevención ginecológica (solamente un 60% de las mujeres gitanas europeas visita al ginecólogo en los embarazos) y problemas de salud derivados de la sobrecarga de trabajo.

Menores: Las campañas de vacunación han sido muy efectivas en muchos países pero quedan importantes lagunas. En algunas regiones europeas casi la mitad de las niñas y los niños no han seguido el programa de vacunación y se dan enfermedades infecciosas en jóvenes adultos debido a la falta de vacunación en la infancia.

Diferentes problemas asociados a los estilos de vida¹⁹: Es frecuente el sobrepeso y la obesidad en mayores y menores, estando en un peso considerado saludable sólo la mitad de la población gitana. La alimentación, menos rica en verdura y fruta y abundante en dulces y grasas, junto con la falta de ejercicio físico (también en la infancia) explica esta prevalencia, que a su vez tiene consecuencias sobre otras enfermedades en la edad adulta.

18.- Información obtenida de: FSG Health Area, 2009.

19.- El Comité Asesor señaló la aparición en la población gitana de problemas de salud derivados de hábitos no saludables, como la mala alimentación o la falta de ejercicio o práctica deportiva. Esto está provocando problemas de obesidad o hipertensión.

Consumo de sustancias: Casi un 60% de los varones gitanos y un 30% de las mujeres son actualmente fumadores, variando mucho los datos entre países, sobre todo en consumo femenino. Un contraste que es más acusado en el caso del consumo de alcohol, también importante en la población masculina adulta. El reconocimiento de problemas como el alcohol o las drogas afecta a una minoría (un 3,5% en la Encuesta Europea de Salud) pero en barrios de infravivienda o aislados, la cifra oscila entre el 15 y el 18% de prevalencia, lo que supone un gran impacto en la comunidad. El factor clave que tienen en común los barrios con problemas de consumo de alcohol o drogas es la segregación.

Ideas en torno a la salud. Debemos distinguir elementos tradicionales de la "cultura del cuerpo" con elementos propios de las transiciones a una sociedad de consumo y con los rasgos de una cultura en crisis.

En cuanto a los **elementos propios con la transición a una sociedad de consumo**, por ejemplo, adoptar hábitos no saludables como fumar o comer bollos industriales, no es una actividad tradicional, sino más bien una respuesta adaptativa a una sociedad de consumo cuyas disciplinas deben ser aprendidas.

También **hay otros aspectos en los cuales esa transición falla** o adquiere aspectos más oscuros. Los consumos pueden hacerse más compulsivos, el sentimiento de pérdida o fracaso puede llevar a conductas de mayor riesgo en adultos o jóvenes. Lo que en muchas mujeres mayores se manifiesta en depresión, puede manifestarse en adicción a las drogas en las y los jóvenes.

ASPECTOS TRADICIONALES DE LA CULTURA GITANA RELACIONADOS CON SALUD

Trascendencia que otorgan a la salud, unida a la importancia de la familia y de la salud de las y los demás. La importancia de las personas mayores y el sentimiento de vulnerabilidad hace que la presencia de la enfermedad y de la muerte esté muy presente en la población gitana, aunque sea joven.

Salud como ausencia de enfermedad y ésta como situación invalidante ligada a la muerte. Cuando una persona (y familia) percibe que ha aparecido la enfermedad, la actuación debe ser inmediata y resolutive por la relación directa que establecen entre enfermedad y muerte. El temor a la enfermedad se une a los problemas de acceso a los servicios de salud. Por lo tanto utilizan más los servicios de urgencias que los básicos (o preventivos) y existe cierta tendencia a la auto-medicación y el consejo informal entre parientes o vecinas.

Salud como ausencia de enfermedad física. Esta relación implica que los aspectos de comportamiento y todo aquello relacionado con lo psicológico les resulte ajeno.

La unión de la idea de salud con la moralidad, convierte ciertas enfermedades, caso del VIH, en un descrédito y una deshonra, por lo que a menudo se vive en secreto y con un gran sentimiento de culpa, mayor en las mujeres.

Invisibilidad de la prevención. El temor a la muerte y la negación de la enfermedad ocasiona que generalmente solo vayan al médico cuando están muy enfermos/as. Además, en entornos donde la vida no es larga y el futuro incierto, la idea de planificar y cuidarse no tiene mucho sentido, mientras que cuidar a las y los demás y asegurar el futuro general del grupo sí lo tiene. Hay otros rasgos propios de la cultura que dificultan la prevención:

Inmediatismo vital (*vivir al día*), que por un lado favorece el desarrollo de pautas de funcionamiento cotidiano, pero por otro dificulta la planificación.

La prevalencia de lo emocional sobre lo racional, la acción está muy presente y la reflexión suele servir para solucionar o remediar, pero no para anticipar o prevenir.

La comunidad gitana frente al sistema sanitario.

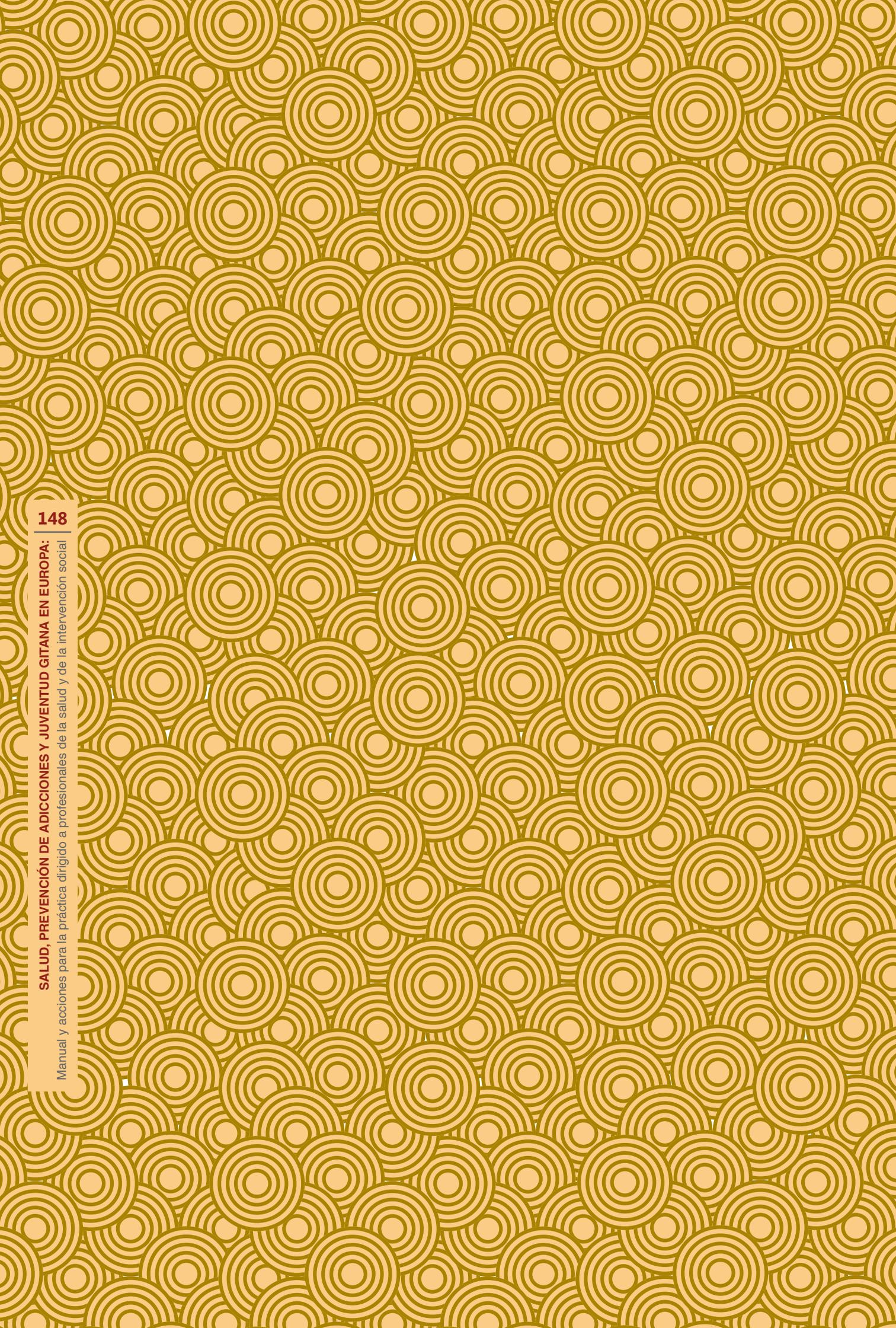
El comportamiento de los servicios de salud y sus profesionales frente a la población gitana transformará el trato, acceso y uso que estos hagan del mismo.

La primera barrera será el **grado de inclusividad** de los sistemas de salud y protección; estos, además de gratuitos y universales, deberían ser inclusivos, adaptando en la medida de lo posible sus normas de acceso a las condiciones de la población. Solo de esta forma se tendrá una relación normalizada con la asistencia, la vacunación, la prevención y los diferentes servicios, llegando a todos los colectivos.

Superado este obstáculo general, las barreras tienen que ver con **diferencias culturales y procesos de discriminación**. En relación con el personal sanitario la población gitana puede manifestar ansiedad o desconfianza, que hay que limar mediante el trato y la comunicación, y en algunos casos, utilizando dispositivos como los mediadores: *“La comunidad gitana no ve instituciones ni centros, ve personas”* (Arbex, 1999: 19).

No hay que minimizar las quejas de las y los profesionales sanitarios, pues a menudo tienen **sobrecarga de trabajo** y no perciben ningún apoyo del sistema para tratar con lo que consideran casos especiales o comportamientos diferentes o conflictivos. A menudo no existen reglas ni respuestas sistematizadas, sino diferentes estrategias y soluciones de los problemas cuando estos surgen, sobre todo en el entorno hospitalario donde la convivencia se hace más larga y tensa. Falta, a decir de las y los expertos, la necesidad de una respuesta más institucionalizada que establezca reglas y opciones que tengan en cuenta las diferencias de la población con la que se trabaja.

En relación con el mundo de las drogodependencias, no existe un estudio sistematizado sobre la **forma en que la comunidad gitana accede a los servicios y recursos**. Falta información sobre cómo es este proceso. Dichos recursos se caracterizan por una gran pluralidad, como la población a la que atienden.



ANEXO: Relación con las drogas

Rasgos comunes con la juventud europea

- **Cada persona es responsable de su propia vida.** No hay modelos claros de clase ni de género, sino que los problemas y las soluciones se presentan de forma individual. Las instituciones no marcan el camino ni determinan la entrada en la vida adulta. Ni la escuela, ni el servicio militar, ni el matrimonio o el trabajo son ritos de paso homogéneos, sino opciones abiertas y poco previsibles.
- **La esfera pública se reduce y las y los jóvenes son “privatizados”.** No pertenecen al Estado como en tiempos anteriores, ni son mano de obra para la industria, ni fuente de apoyo de las comunidades. Su marco es la familia nuclear y las redes, frágiles o fuertes, de amistad. Los partidos, iglesias, sindicatos, clubs, todas las instituciones donde era posible aprender a ser adulto están en crisis.
- **Se multiplican las fuentes de información, las redes informales y las posibilidades de moverse** en diversos ambientes y vivir diversas experiencias mucho más abiertas que en el pasado. Frente a esto algunos jóvenes se hacen fuertes y hábiles, adaptados a un mundo abierto, mientras que muchos otros están muy perdidos.

Rasgos propios de la juventud gitana

- a) Normas culturales.** La clave es que la cultura del grupo se configura en muchos procesos e interacciones, endógenos y exógenos. Las y los jóvenes gitanos están a la vez en varios marcos y esto puede ayudarles a moverse con fluidez en la sociedad o bloquearlos. En relación con algunas drogas se produce una gran presión del propio grupo, considerándose algo malo y pernicioso, junto con una gran permisividad hacia ciertos comportamientos y consumos. Por lo tanto, el lugar donde se habita, el sexo y la edad, además del tipo de consumo habitual, determinarán que éste se realice en el marco del grupo o a espaldas de las y los adultos, de acuerdo con la sociedad mayoritaria o contra esta, con diferentes consecuencias en cada caso.
- b) Redes personales y familiares.** La juventud gitana está inserta en redes familiares, donde no hay que olvidar que son muchos las y los jóvenes parientes; pero también en redes más amplias de gitanos con los que se comunican por internet o que ven en las fiestas, las bodas, los trabajos. Tienen también relaciones con personas no gitanas, en las escuelas y en los barrios. Están sujetos, como todos, a los mensajes de los medios de comunicación y de la publicidad. Se sabe que el grupo de iguales es importante en la adolescencia, que determina muchos comportamientos y actúa tanto como un factor de riesgo, arrastrando a conductas compartidas, pero también como un factor de protección, al plantear controles y límites a lo que se debe o no se debe hacer. También afecta el tipo de relaciones familiares: entornos muy restrictivos o permisivos pueden provocar efectos perniciosos en la juventud, romper la confianza o crear brechas generacionales.

- c) **Factores de riesgo y de protección.** Muchos estudios muestran que tener fuertes valores morales es un factor de protección frente al consumo abusivo, pero no es evidente que la cultura gitana ofrezca siempre esta protección. Dependerá de los ambientes, la cohesión del grupo, su capacidad de actualizar valores éticos modernos, la comunicación entre generaciones para transmitirlos. El desempleo, el racismo o el bajo nivel educativo pueden influir en el consumo o en el abuso, para escapar de las dificultades o porque generan falta de confianza en uno mismo, baja autoestima, o impulsividad, que aparecen como riesgos. En entornos marginales y segregados, con redes cerradas, acceso fácil a ciertas drogas y falta de alternativas de ocio y relación, es probable que muchas y muchos jóvenes y adultos gitanos inicien consumos perniciosos.
- d) **Patrones de consumo.** Son **tendencias preocupantes** desveladas por la investigación SRAP: el inicio temprano en el tabaco, la exposición al alcohol entre las personas adultas; la presencia de heroína en algunas regiones o la infravaloración del riesgo de algunas drogas (como el cannabis o los fármacos). Igualmente, están presentes drogas asociadas al ocio nocturno y a las relaciones de amistad con personas no gitanas. En el caso de las jóvenes gitanas, aunque existen ciertos factores de protección frente al consumo de sustancias, en los últimos años hay una progresiva incorporación al consumo de drogas. Se ha detectado un aumento del consumo de tabaco de forma aislada y en solitario, constituyendo un riesgo mayor.

Se ha comprobado la **lejanía de la juventud gitana de muchos dispositivos y programas orientados a la prevención o el tratamiento de adicciones**. Los servicios son vistos como distantes, física y simbólicamente, salvo algunos especializados y presentes en el entorno. Suelen generar desconfianza, no se asocian con la propia problemática o se perciben barreras, como las listas de espera.

Los resultados recomiendan realizar programas e intervenciones diseñados especialmente para determinados objetivos y entornos, que tengan en cuenta las diferencias citadas, pero a la vez demuestran la falta de experiencia y de intervención en prevención con la juventud gitana.

ANEXO: Técnica DAFO

La fuente para elaborar esta información ha sido: **educaCONTIC**.

Factores Positivos	Factores Internos		Factores Negativos
	Fortalezas	Debilidades	
	Oportunidades	Amenazas	
	Factores Externos		

La Técnica DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) es una herramienta al mismo tiempo sencilla de utilizar pero muy potente como mecanismo de análisis de la realidad y de toma de decisiones.

El procedimiento es analizar los factores externos e internos que pueden afectar una realidad, en este caso la juventud gitana y las drogas.

Hablamos de factores externos, propios del contexto:

- Oportunidades que ofrece el entorno y cómo se pueden aprovechar.
- Amenazas que hay en el entorno y cómo se pueden evitar o eliminar.

Y de factores internos de la juventud gitana:

- Fortalezas propias de la juventud y cómo se pueden potenciar.
- Debilidades; cómo se pueden limitar o eliminar.

Al mismo tiempo, estos factores no se refieren exclusivamente al presente, sino también a las oportunidades y amenazas que pueden surgir en el futuro y su incidencia en las y los jóvenes. En este sentido, para el análisis de las amenazas y las oportunidades se pueden considerar factores demográficos, económicos, políticos y legales, sociológicos, medio-ambientales, tecnológicos o culturales.



ANEXO: Test de los estereotipos y respuestas

Este test forma parte de la **Campaña: Conócelos antes de juzgarlos**, realizado por la Fundación Secretariado Gitano. Se encuentra disponible en la página web www.gitanos.org

Preguntas del Test

Los y las gitanas

No se quieren integrar:

Muy de Acuerdo

Algo de Acuerdo

En desacuerdo

No quieren trabajar:

Muy de Acuerdo

Algo de Acuerdo

En desacuerdo

No les interesa estudiar:

Muy de Acuerdo

Algo de Acuerdo

En desacuerdo

Es una cultura machista:

Muy de Acuerdo

Algo de Acuerdo

En desacuerdo

Acaparan los recursos sociales:

Muy de Acuerdo

Algo de Acuerdo

En desacuerdo

Respuestas al test

1. No se quieren integrar:

A pesar de las barreras estructurales aún existentes, la comunidad gitana y muy especialmente mujeres y jóvenes, son un grupo altamente participativo, existiendo en la actualidad un movimiento asociativo cada vez más activo. Su camino es difícil, porque cuando acceden a los espacios de participación ciudadana no encuentran ningún tipo de reconocimiento a su cultura y les resulta difícil encontrar referentes con los que identificarse.

No es cierto que las familias gitanas prefieran vivir, educarse y trabajar en espacios exclusivos para ellas y ellos. Como ha ocurrido con otras minorías culturales, siglos de persecución e intentos de anulación de las diferencias han propiciado estrategias de resistencia y subsistencia.

En el caso de la comunidad gitana han sido constantes las persecuciones que han padecido en muchos de los países europeos, como el terrible Holocausto nazi (más de medio millón de gitanos y gitanas fueron exterminados); o leyes como la de Vagos y Maleantes durante el Franquismo, los escandalosos casos de esterilización forzosa a mujeres gitanas en Europa del Este o más recientemente las expulsiones de familias gitanas por el Gobierno Francés.

2. No quieren trabajar:

En España, antes de entrar en crisis, 7 de cada 10 personas gitanas, mayores de 16 años, tenían una ocupación; la mitad como asalariadas y la otra mitad como autónomas: Estos datos muestran que se trata de una comunidad especialmente trabajadora. Además hoy en día, encontramos hombres y mujeres gitanas, trabajando en todos los ámbitos profesionales: en el legal, sanitario, literario, docente... En todo tipo de puestos y gremios. Una muestra de ello es el libro *"50 Mujeres Gitanas en la Sociedad Española"*.

Sin embargo, todavía demasiados gitanos y gitanas, sufren discriminación en el ámbito del empleo, siéndole negado en ocasiones puestos de trabajo por el mero hecho de ser gitanos/as. Debido a ello, existen más o menos recientes recomendaciones y directivas europeas que conminan a los estados a velar por la promoción de la igualdad de trato, en especial en materia de empleo.

3. No les interesa estudiar:

Hoy en día, en muchos países de Europa (aunque no en todos), puede hablarse de escolarización completa en Primaria, lo que es un gran logro, tanto para los sistemas educativos como para la misma comunidad gitana, si se compara con las altas cifras anteriores de analfabetismo. Esto demuestra que las familias gitanas son totalmente conscientes de la necesidad y la importancia que para su propio progreso tiene la educación reglada.

Sin embargo, la gran barrera sigue estando en el paso a la enseñanza secundarias: entre las y los jóvenes de 15 a 24 años, solo un 17% es estudiante, frente a un 60% de la media de la población europea. Una de las razones que explican lo anterior es la deficitaria educación primaria que reciben en mu-

chos países, en condiciones de segregación, ya sea en escuelas especiales, o en escuelas normales (pero donde son mayoría) y donde no reciben una educación de calidad.

4. Es una cultura machista:

Si bien es cierto que la mujer, mayoritariamente soporta un desigual reparto de las tareas, y que las jerarquías familiares en la comunidad gitana son patriarcales, también se escucha, cada vez más, la expresión de que “las mujeres gitanas son el motor de su pueblo”.

A pesar de ser sobre ellas sobre quienes recae la mayor parte del peso de la tradición y del mantenimiento de las costumbres, es gracias a ellas que hay una mayor integración de las familias gitanas, incorporándose a la vida social en todas sus facetas. También son ellas las defensoras de la necesidad de una educación para las y los niños.

Además, a través de cursos de formación que ofrecen distintos tipos de organizaciones, y del acceso a otros estudios, muchas mujeres gitanas están asumiendo el papel de mediadoras, solucionando conflictos que les convierten en las nuevas mujeres de respeto.

5. Acaparan los recursos sociales:

Aún hoy, hay una parte de la población gitana que padece graves situaciones de exclusión social. Para ellas y ellos no existen privilegios de ningún tipo; más bien lo contrario: han de acceder a los recursos sociales aportando las mismas pruebas que las y los demás ciudadanos y en los baremos empleados para la concesión de ayudas sociales no se contempla la adscripción étnica.

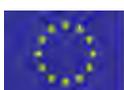
Tras muchas imágenes que nos muestran las televisiones de chabolas y desalojos forzosos de familias gitanas, se encuentran dramas personales y situaciones sociales que es difícil pensar que se elijan voluntariamente. Estas situaciones de extrema pobreza afectan a casi un 30% de la población gitana Europea que vive en viviendas de escasa calidad o infraviviendas, aunque menos del 4% vive en barrios chabolistas. Aunque son cifras elevadas, no afectan a la mayoría de la población, sino a una minoría. Para paliar estas situaciones se llevan a cabo programas asistenciales en materia de vivienda, de atención básica, sanitaria, empleo....

Por ello, y con el fin de que la sociedad tenga una imagen más justa y real sobre la comunidad gitana, es importante tener en cuenta que este tipo de situaciones no son inherentes a la cultura gitana (históricamente perseguida y discriminada), sino a la cultura de la pobreza y la marginalidad.

Financiado por:



Health and Social Development Foundation



Funded by the Health Programme of the European Union