



---

**CURSO DE FORMACIÓN**  
**SALUD Y COMUNIDAD GITANA**  
**ESTRATEGIAS Y RECURSOS DE**  
**INTERVENCIÓN**

DOSSIER DE DOCUMENTACIÓN

Madrid, noviembre de 2.005

## **ÍNDICE**

1. Salud y Comunidad Gitana.
2. Informar sobre salud a la Comunidad Gitana.
  - 2.1. ¿La información basta?.
  - 2.2. ¿Estrategias de intervención exclusivas para la Comunidad Gitana?.
3. Características del o de la agente de salud.
4. “Tres patas” imprescindibles en la educación para la salud.
  - 4.1. La información.
  - 4.2. La importancia de las actitudes y los valores.
  - 4.3. El cambio de hábitos.
5. Diferentes estrategias.
  - 5.1. La relación educativa en la consulta individual.
  - 5.2. La educación o apoyo entre iguales.
  - 5.3. Trabajo en grupo a partir de técnicas de participación activa.
6. Un ejemplo de guía metodológica para la intervención grupal:  
“*FAMIRED*”.
7. Bibliografía.

## 1. SALUD Y COMUNIDAD GITANA.

Vamos a describir algunos ejes fundamentales para analizar el binomio Salud/Comunidad Gitana. Se trata de un conjunto de ideas que debemos tener en cuenta en el abordaje de cualquier cuestión relacionada con la salud en esta población<sup>1</sup>:

- En primer lugar, dos premisas básicas:
  - La Comunidad Gitana posee una gran **diversidad interna**, y además este es un fenómeno que se acrecienta cada día más. Las mismas variables que marcan las diferencias internas en la sociedad mayoritaria, inciden también en la conformación de la diversidad gitana: la edad, el género, la zona de residencia, el nivel económico, el tipo de trabajo, el nivel cultural y académico,... Por lo tanto, es difícil llegar a conclusiones que sean válidas para el conjunto del Pueblo Gitano.
  - **Apenas se cuenta con información científica** que nos aporte datos sobre percepciones, demandas, epidemiología,... relacionada con la Comunidad Gitana y la salud<sup>2</sup>. Por lo tanto, las reflexiones que vamos a aportar tienen que ver con experiencias particulares de personas que trabajan en este campo y con algunos estudios de carácter local.
  
- En segundo lugar, y muy en relación con esa diversidad interna de la Comunidad Gitana, debemos tener un gran cuidado en **diferenciar** entre **aspectos específicamente culturales** y otros más bien relacionados con la **situación socioeconómica** en la que se encuentran muchas familias gitanas.
  
- La **percepción de la salud** es otro de los aspectos que debemos tener en cuenta. Un gran porcentaje del Pueblo Gitano concibe la salud como la ausencia de enfermedad, y la enfermedad como una situación invalidante y muy ligada a la muerte. Esta determinada visión de la salud y la enfermedad tiene, varias consecuencias:
  - La preocupación por la salud comienza cuando aparecen síntomas y consecuencias muy llamativas e invalidantes, por lo que el concepto de prevención es difícil de trabajar.
  - Una vez que la persona (y su entorno familiar) perciben que ha aparecido la enfermedad, la actuación debe ser inmediata y resolutive, por la relación directa que establecen entre enfermedad y muerte.

---

<sup>1</sup> Ideas extraídas del “Documento de referencia Salud y Comunidad Gitana”. Fundación Secretariado Gitano y Ministerio de Sanidad y Consumo. 2.004.

<sup>2</sup> F. Ferrer realizó una revisión de la bibliografía publicada en los últimos 20 años sobre Comunidad Gitana y salud. Se puede encontrar una presentación de este estudio en el siguiente artículo: Ferrer, F. “El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía”. Gaceta Sanitaria. Vol. 17. 2.003.

- El diagnóstico supone “*poner nombre a lo que se tiene*”. Por ello, la actitud ante él es ambivalente, siendo de clara evitación cuando aún no han aparecido síntomas y consecuencias invalidantes (en esos casos, el diagnóstico puede ser percibido como una forma de poner de manifiesto una enfermedad que previamente no existía).
  - Si gracias al tratamiento desaparecen los síntomas, suelen ser abandonadas las pautas terapéuticas, pues desde esa determinada concepción de la salud ha desaparecido la enfermedad.
- El **estrecho vínculo** entre **desigualdades sociales** (económicas, educativas, de vivienda,...) y **desigualdades en salud**, es claramente señalado desde los principales organismos de salud supraestatales (OMS, Comisión Europea,...)<sup>3</sup>. En este sentido, si tenemos en cuenta que un porcentaje elevado de la población gitana se encuentra en situación de exclusión o vulnerabilidad social<sup>4</sup>, podremos entender que el porcentaje de población gitana afectada por la falta de equidad en salud sea también muy relevante.

En términos generales, la **situación sanitaria** de la Comunidad Gitana puede resumirse en:

- La mortalidad infantil es 1.4 veces mayor que la media nacional y la esperanza de vida para la población gitana es de 8 a 9 años por debajo de la media<sup>5</sup>. En situaciones de marginalidad acentuada se estima que la esperanza de vida es 10 años menor a la media.
- Mayor incidencia de enfermedades infectocontagiosas<sup>6</sup>, principalmente hepatitis B y C. Se observa que la vía vertical o maternofamiliar es un medio importante de transmisión para estas enfermedades<sup>7</sup>. También se observa una mayor incidencia del VIH, principalmente en personas consumidoras de drogas por vía intravenosa.
- Vacunación infantil deficitaria<sup>8</sup> y, en general, inadecuado seguimiento de los programas del “Niño/a sano/a”, especialmente en las zonas con nivel socioeconómico precario<sup>9</sup>.
- Deficiente alimentación y nutrición, principalmente en los menores (lo que afecta, entre otras cosas, a su salud bucodental)<sup>10</sup>. En los adultos se caracteriza por un consumo excesivo de café y grasas.

---

<sup>3</sup> Comisión Europea (1.996). “Conclusiones y recomendaciones de la Comisión de Estudios de las desigualdades sociales en salud en España”.

<sup>4</sup> El Plan Nacional de Acción para la Inclusión Nacional 2.001-2.003 calcula que más del 30% de la población gitana se encuentra en situación de exclusión o vulnerabilidad social.

<sup>5</sup> Las claves del racismo contemporáneo. Montoya, 1994.

<sup>6</sup> Cabedo, V.R. et al. « Cómo son y de qué padecen los gitanos ». Revista Atención Primaria. Vol. 26. Nº. 1. 2.000; Fos, E. et al. “Elevado riesgo de infección por el virus de la hepatitis B en la población de raza gitana”. Revista Medicina Clínica. Vol. 89. Nº. 13. 1.987.

<sup>7</sup> Delgado, A. “Resultados y análisis de la investigación de AgHBs en las embarazadas de un centro de salud durante 4 años”. Revista Atención Primaria. Vol. 7. Nº. 8. 1.990.

<sup>8</sup> Junta de Andalucía. La población Gitana en Andalucía. 1996.

<sup>9</sup> Sastre, E. et al. “Situación de salud entre niños gitanos y no gitanos de una comarca granadina”. Revista Anales Españoles de Pediatría. Vol. 53. Nº. 3. 2.000. Sánchez, F.J. et al. “Diferencia étnica en la actividad asistencial de urgencias. Aproximación a la realidad gitana”. Revista Anales Españoles de Pediatría. Vol. 56. Nº. 1. 2.002.

- Existe un mayor nivel de accidentes o de lesiones involuntarias<sup>11</sup> tales como: quemaduras, caídas, atropellos, fracturas, heridas, intoxicaciones,...
- Grupo de riesgo para las malformaciones congénitas. En los estudios consultados se habla de factores genéticos y culturales (la endogamia)<sup>12</sup>.

Analizando específicamente la salud de las **mujeres gitanas**, hay que señalar la incidencia de determinadas enfermedades derivadas del rol de madres y esposas que tradicionalmente tienen asignado. Como algunas características relevantes cabe destacar:

- Elevada tasa de fecundidad con embarazos y partos a edades muy tempranas y hasta edades avanzadas<sup>13</sup>.
  - Escasa información, en ocasiones, con respecto a la planificación familiar. Algunos métodos anticonceptivos no son utilizados porque no se conocen y persisten algunos mitos e ideas equivocadas<sup>14</sup>.
  - Escasa prevención de las enfermedades ginecológicas<sup>15</sup>.
  - Envejecimiento prematuro con incidencia de enfermedades que no son propias de la edad como diabetes, afecciones óseas, problemas cardiovasculares...etc.
  - Exceso de responsabilidades dentro y fuera del hogar, con la consiguiente aparición de síntomas de depresión, angustia y ansiedad en algunos casos.
- El binomio salud/enfermedad trasciende lo **individual** e interacciona activamente con **lo grupal y lo comunitario** (sobre todo con la familia extensa). Esta característica, que tiene muchos efectos positivos, también conlleva debilidades:
- Las decisiones que el individuo adopta en relación con su salud están poderosamente condicionadas por su familia extensa. Por ello, la relación con el sistema sanitario es muchísimo más compleja, pues no se trata de una relación entre el sistema sanitario y el individuo, sino entre el sistema sanitario, el individuo y su familia extensa. Esta característica tiene efectos muy visibles y llamativos (la presencia de muchos familiares en las consultas, las urgencias o los hospitales,

---

<sup>10</sup> Mora, L. et al. "Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáyar y Cartuja de Granada capital". Revista Atención Primaria. Vol. 26. Nº. 6. 2.000.

<sup>11</sup> Sánchez, F.J. "Diferencia étnica en la actividad asistencial de urgencias. Aproximación a la realidad gitana". Revista Anales Españoles de Pediatría. Vol. 56. Nº. 1. 2.002.

<sup>12</sup> Martínez-Frías, M.L. "Análisis del riesgo que para defectos congénitos tienen diferentes grupos étnicos de nuestro país". Revista Anales Españoles de Pediatría. Vol. 48. Nº. 4. 1.998; Martínez-Frías, M.L. et al "Síndrome de Fraser: frecuencia en nuestro medio y aspectos clínico-epidemiológicos de una serie consecutiva de casos". Revista Anales Españoles de Pediatría. Vol. 48. Nº. 6. 1.998.

<sup>13</sup> Dueñas, R.M. et al. « Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo". Revista Atención Primaria. Vol. 19. Nº. 4. 1.997.

<sup>14</sup> Reig, S. et al. « Anticoncepción : gitanas frente a payas ». Revista Atención Primaria. Vol. 23. Nº. 2. 1.999.

<sup>15</sup> Dueñas, R.M. et al. « Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo". Revista Atención Primaria. Vol. 19. Nº. 4. 1.997.

que en ocasiones provoca problemas de convivencia) y efectos menos visibles en un primer momento, pero de consecuencias muy claras (lo que el profesional habla o pacta con el paciente, puede verse trastocado posteriormente en el seno de la familia extensa).

- El concepto de salud y enfermedad extendido entre un importante sector del Pueblo Gitano, junto con esta interacción entre lo individual y lo familiar, implica que muchas enfermedades sean atendidas en la familia y no lleguen al sistema sanitario hasta que los síntomas y las consecuencias sean muy alarmantes. En este sentido, la detección precoz se ve muy dificultada.

## **2. INFORMAR SOBRE SALUD A LA COMUNIDAD GITANA.**

En primer lugar debemos contestar a dos preguntas:

- ¿La información basta?
- ¿Estrategias de intervención exclusivas para la Comunidad Gitana?

### **2.1. ¿La información basta?**

Sobre esta cuestión existe un elevado consenso en la comunidad científica. Vamos a resumir a continuación algunas aportaciones teóricas que inciden en la necesaria inclusión de las estrategias informativas dentro de programas más amplios.

Una de las definiciones de educación para la salud que se considera más completa, es la propuesta en el año 1.975 por el IV Grupo de Trabajo de la "National Conference on Preventive Medicine", en Estados Unidos, que establece que debe ser "un proceso que **informa, motiva** y ayuda a la población a **adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables**, propugna los **cambios ambientales** necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos"<sup>16</sup>.

Por otro lado, los modelos teóricos más utilizados en prevención<sup>17</sup>, consideran que la estrategia informativa únicamente será eficaz si está enmarcada dentro de programas más amplios. Programas que también tengan en cuenta otro tipo de estrategias<sup>18</sup>:

- Estrategias sobre el **entorno**: mejora de las condiciones de vida de las personas.
- Estrategias sobre los **individuos**:
  - Estrategias que incidan sobre aspectos emocionales-afectivos (por ejemplo, la autoestima).
  - Estrategias que incidan sobre las habilidades y competencias.
  - Estrategias que promuevan comportamientos alternativos (por ejemplo, en la utilización del tiempo libre).

Por su parte, desde la educación para la salud se proponen intervenciones variadas y complementarias que contribuyan a:

- Aumentar la conciencia sobre los riesgos de salud y los métodos eficaces para reducirlos.
- Incentivar que los individuos deseen estar sanos.

---

<sup>16</sup> Trautmann y Barendregt (1.994).

<sup>17</sup> Becoña, E. (2.002).

<sup>18</sup> Carrero, M<sup>a</sup>.V. (2.003).

- Fomentar actitudes, creencias e intenciones positivas hacia las conductas saludables.
- Proporcionar recursos, habilidades personales y entrenamiento para que el individuo tome decisiones informadas y de este modo facilitar la reducción de los riesgos y el cambio conductual.
- Ofrecer alternativas a las conductas de riesgo que sean plausibles y satisfactorias.
- Facilitar cambios en el entorno para que al individuo le resulte fácil actuar saludablemente.

En definitiva, se trata de:

- Mejorar la **información**.
- Trabajar las **actitudes y valores** que están detrás de las informaciones y los comportamientos.
- Potenciar la creación de condiciones que favorezcan los **comportamientos** saludables.

## **2.2. ¿Estrategias de intervención exclusivas para la Comunidad Gitana?**

Las entidades que trabajan con la Comunidad Gitana llevan años desarrollando programas de intervención sobre la salud específicos para esta población. Varias son las razones que pueden explicar la existencia de estos programas:

- La Comunidad Gitana sufre unos índices de mortalidad y morbilidad superiores a la media española, especialmente en el caso de las familias gitanas en situación de exclusión o vulnerabilidad.
- Un sector del Pueblo Gitano utiliza inadecuadamente algunos recursos sanitarios: urgencias, cita previa, ambulancias,...
- Existe una importante barrera comunicativa en la relación entre el Sistema Sanitario y un importante sector del Pueblo Gitano: utilización de códigos comunicativos distintos, prejuicios mutuos, falta de adaptación del sistema de salud, desconocimiento mutuo,...

Sin embargo, estos programas específicos deben ser contemplados como opciones temporales, intermedias, rechazando crear itinerarios alternativos permanentes. De otro modo, se estaría evitando que los recursos generales se adapten a las diferentes necesidades e identidades, estaríamos contribuyendo a continuar estigmatizando a la Comunidad Gitana.

Por ello, los equipos que intervienen con el Pueblo Gitano, no deben limitarse a actuar con su población objetivo, sino que igualmente deben esforzarse en trabajar con los y las profesionales de los recursos generales, para que mejoren su adaptación a la población gitana.

### **3. CARACTERÍSTICAS DEL O DE LA AGENTE DE SALUD.**

El o la agente de salud puede ser cualquier profesional (de la mediación, del trabajo social, de la educación, de la sanidad,...) que trabaje con el Pueblo Gitano (desde una entidad gitana o pro-gitana, desde una entidad no especializada, desde un recurso público,...).

Como se ha podido observar en el párrafo anterior, el perfil puede ser muy variado. Lo importante es que cumpla una serie de características relacionadas con sus conocimientos, pero también con sus actitudes, valores y habilidades. En definitiva, pensamos que el estilo educativo del o de la agente de salud es un determinante fundamental del resultado de la intervención.

Describiremos a continuación las principales características que debe reunir un o una agente de salud:

Conocimientos suficientes sobre los contenidos de salud que van a ser trabajados.

Esto no quiere decir que tenga que ser obligatoriamente un profesional de la sanidad, ni que deba haber hecho un postgrado sobre VIH/SIDA o sobre algún otro tema relacionado con la salud (evidentemente, si lo ha hecho, mucho mejor). Sin embargo, y como mínimo, debe contar con materiales didácticos actualizados, debe conocer las vías para obtener la información que precise (internet, bibliotecas especializadas, revistas periódicas,...), debe acudir periódicamente a espacios formativos de reciclaje y, algo muy importante, debe contar con un entorno de profesionales especializados que le puedan asesorar cuando sea necesario (en su propio equipo o en otros equipos de la comunidad).

Conocimientos suficientes sobre la Comunidad Gitana.

Conocimientos generales sobre su cultura y situación, pero también sobre las características específicas de la población gitana con la que va a trabajar. Algo muy importante es que tenga siempre presente la enorme diversidad interna del Pueblo Gitano y sepa diferenciar aspectos culturales gitanos de otras cuestiones más relacionadas con “la cultura de la exclusión” en la que muchas familias viven. En este apartado es importante también que conozca sus necesidades, sus demandas, sus problemáticas específicamente relacionadas con la salud.

Capacidad de adaptación en el lenguaje y en los códigos.

El o la agente de salud debe utilizar un lenguaje fácil de entender por parte de la población destinataria. Debe adaptar su lenguaje y sus códigos. Para ello, es necesario que se cumpla previamente la característica anterior (conocimientos suficientes sobre la Comunidad Gitana).

Respeto.

El o la agente de salud debe aproximarse (para comprenderlo) al marco de referencia de la población objetivo, a sus valores, a sus representaciones sociales,... Desde este conocimiento debe nacer el respeto, que como todos y todas sabemos, es distinto a estar de acuerdo o compartir los marcos de referencia de la otra persona.

Tan sólo desde el respeto se pueden establecer vínculos educativos productivos. En una relación educativa, de poco sirve enjuiciar o condenar las ideas o prácticas de otras personas (por muy ilógicas o graves que nos parezcan). Desde el respeto inicial, podremos llegar posteriormente a influir, a negociar, a mostrar alternativas.

Otro aspecto fundamental para el establecimiento de vínculos educativos eficaces, y también muy relacionado con el respeto, es la valoración positiva. Consiste en considerar al usuario o usuaria como persona valiosa y con capacidad para actuar de una manera constructiva, otorgarle valor, confiar en que posee capacidades. Sólo desde esa valoración positiva podremos ayudar al usuario o usuaria a sentirse autoeficaz (uno de los principales indicadores para el cambio).

Capacidad de escucha activa.

Hasta ahora le hemos dado mucha importancia a dos ideas: conocer y adaptación. Si debemos conocer, para adaptarnos, es indudable la enorme importancia de la escucha activa. En la relación educativa debe producirse un tipo de comunicación bidireccional. El o la agente de salud debe estar atento, no sólo a lo que la otra persona plantea, sino también a sus emociones, a su comunicación no verbal, a lo que “hay detrás de las palabras”.

Evitar el paternalismo.

Si escuchamos de manera activa, si respetamos, será difícil que caigamos en el paternalismo, en decir a las personas lo que deben hacer. El o la agente de salud puede mostrar opciones, aportar información, orientar,..., pero no puede sustituir a la otra persona en la toma de decisiones. En ocasiones, “el arte” de la educación para la salud consiste en hacer buenas preguntas, y no sólo en dar buenas respuestas.

Disponibilidad y acogida.

La disponibilidad se debe demostrar con la práctica. No consiste sólo en poner un cartel con tu horario y estar esperando a que las personas acudan. Supone ir a la búsqueda de oportunidades educativas, supone demostrar que nos implicamos cuando es necesario. Quizás debamos acudir a dónde la gente está, en lugar de esperar a que acudan a nosotros o nosotras; quizás debamos hablar de otro tipo de cosas con

las personas, para que en algún momento surjan cuestiones relacionadas con la salud;...

La disponibilidad también se transmite a través de una buena acogida a las personas. El o la agente de salud debe cuidar los siguientes aspectos:

- Que el espacio en el que atiende cotidianamente, o el espacio en el que va a organizar un taller o una reunión, sea acogedor y se encuentre protegido de ruidos, interrupciones,...
- Acoger cálidamente a las personas cuando entran en ese espacio (no esperar sentado y detrás de una mesa a que entren).
- Transmitir la sensación de que se tiene tiempo para dedicarle a esa persona. Si no es así, comentar esta situación y quedar para otro momento.
- Despedir cálidamente a las personas (tampoco esperar a que salgan sentado detrás de una mesa).

Credibilidad.

Demostrar disponibilidad y respeto, supone aumentar nuestra credibilidad. Asimismo, en la medida que cumplamos nuestros compromisos, aumentaremos también nuestra credibilidad.

Manejo adecuado de las propias emociones y sentimientos.

Determinados aspectos de la relación de ayuda y de los temas que en ella se trabajan, producen un determinado impacto emocional sobre la o el profesional. Manejar las propias emociones y sentimientos permite controlar mejor la situación y desarrollar una intervención más eficaz.

Para manejar las propias emociones es útil<sup>19</sup>:

**1. IDENTIFICAR LAS EMOCIONES.**

**Darse permiso para sentir. Vivir los propios sentimientos:** *siento lo que siento.*

*Reconozco y acepto las emociones; siento lo que siento; aprovecho lo que de maravilloso tienen o la información que me dan; esto me afecta;...*

**Intentar definir el tipo de emoción o sentimiento que vivo:** *miedo, temor, enfado, rabia, dolor, tristeza, aprecio, alegría, satisfacción, debilidad, fatiga, desánimo, fuerza, ánimo,...*

*Soy consciente de que esta situación me entristece; este tema me pone de los nervios, me da miedo, ojalá no venga esta persona a la cita; me siento fatal, creo que no valgo para esto, no ha cambiado nada.*

<sup>19</sup> Extraído de Echauri, M. (2.000).

## **2. ANALIZAR LAS EMOCIONES.**

**Analizar los sentimientos. Confrontar el sentimiento con la situación.** *¿Hago una interpretación objetiva de la situación?, ¿qué parte añado de mi propia cosecha?*

A. Describir la situación, sólo los hechos objetivos, no impresiones subjetivas ni juicios de valor. Racionalizar y objetivar en lo posible la "lectura" de la situación.

*Habíamos acordado una tarea para casa y no la ha realizado; ha expresado que tiene problemas con su pareja.*

B. Identificar los pensamientos, el lenguaje interior utilizado.

*Pasa de todo; nunca conseguirá nada; me está tomando el pelo; es insoportable.*

Confrontándolos con los datos reales de que se disponen, identificando y controlando las distorsiones cognitivas. Entre ellas las más frecuentes son:

**Hipergeneralización.** A partir de un hecho aislado, se hace una regla general y universal: *nunca hará la tarea* (frente a hoy no la ha hecho).

**Reducción, magnificación o agudización.** Sólo se presta atención a ciertos aspectos: sólo veo que hoy no ha hecho la tarea (sin prestar atención a todo el proceso que hay detrás).

**Personalización.** La o el profesional tiende a verse implicado o causa de los hechos, tiende a culparse permanentemente, a sentirse con la responsabilidad de todo, supone que la situación es como la siente.

*Lo hace para fastidiarme; no he sabido motivarle para el cumplimiento de la tarea; lo que le pasa es que quiere cambiar de profesional; el Programa no sirve para nada.*

C. Identificar los sentimientos y emociones que se producen.

*Me enfado; siento tristeza; siento preocupación; siento dolor.*

D. Identificar los comportamientos.

*No quiero saber nada de este tema; le chillo al usuario; culpo a otras personas del equipo; lo comento en el equipo.*

E. Sustituir el lenguaje interior utilizado por otro más acorde con la realidad objetiva analizada en el punto anterior, tendiendo a eliminar los mecanismos o pensamientos irracionales y claramente no objetivos.

*Desconozco por qué no ha hecho la tarea; reconozco que se esfuerza en este tema; tendrá sus motivos; hacer la tarea es cosa suya; he desempeñado mi rol.*

## **3. DECIDIR QUÉ HACER CON ELLAS.**

**Decidir qué hacer con las propias emociones y sentimientos:** *expresarlos o no, cómo hacerlo,...*

**Hacerlo según se haya decidido.**

#### **4. "TRES PATAS" IMPRESCINDIBLES EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**

Para poder educar en salud es necesario incidir sobre la información, pero también sobre las actitudes/valores, y sin olvidar la importancia de los hábitos.

##### **4.1. La información.**

Para que la transmisión de la información sea eficaz, debemos tener en cuenta los siguientes criterios<sup>20</sup>.

- Prestigio y credibilidad de la persona emisora.
- Credibilidad de la propia información (utilizar fuentes adecuadas).
- Partir siempre de la experiencia del grupo o la persona. Siempre debemos vincular la información con aspectos relacionados con sus experiencias, sus sentimientos, sus valores, sus estilos de vida,...
- Que se contemplen los distintos aspectos del fenómeno que vayamos a abordar (la complejidad). Proporcionar distintos puntos de vista sobre un tema, evita que se ofrezca la imagen de manipulación.
- Dar oportunidad al grupo o a la persona para expresar la información que posee. Debemos recordar que nuestra población destinataria tiene ya muchos conocimientos sobre los temas que vamos a tratar (aunque a veces erróneos).
- Escuchar, no sólo lo que ya saben, sino también los factores que influyen en su comportamiento, la manera en la que viven,... hace que nuestros mensajes preventivos sean más realistas, pues muchas veces por desconocimiento recomendamos cosas imposibles o difíciles de llevar a la práctica.
- Ser conscientes de que una misma información puede significar cosas diferentes para cada persona. Por ello, una vez que hemos transmitido una información, debemos observar, escuchar, cómo la ha entendido cada una de las personas destinatarias.
- No debe ser manipulativa. No pretendemos convencer a otras personas aportando una información sesgada por nuestros propios valores, historia personal, circunstancias,...
- Debe fomentar la observación y la auto observación.

---

<sup>20</sup> Extraído fundamentalmente de García Lalinde, G. et alt. (2.004) y Arza, J., García Lalinde, G. et alt. (2.005).

- Debe facilitar el análisis crítico y la evaluación.
- La información debe ser transmitida de manera horizontal, debe ser bidireccional.
- Se debe fomentar la participación. Es necesario emplear técnicas interactivas para estimular la búsqueda activa de los conocimientos y su elaboración personal.

## **4.2. La importancia de las actitudes y los valores<sup>21</sup>.**

Ciertos temas como el VIH/SIDA y su transmisión, la transmisión de otras enfermedades (hepatitis, tuberculosis, ETS,s...), el consumo de drogas, las relaciones sexuales,..., están fuertemente vinculados a las actitudes, valores y creencias de las personas. Es decir, están relacionados con las cuestiones más personales e íntimas de la vida de un individuo y con sus emociones, creencias, identidad,...

Para trabajar las actitudes y valores, uno de los modelos teóricos más utilizados en prevención es “La teoría de la acción razonada”<sup>22</sup>. Desde este modelo se distingue entre dos tipos de creencias:

- *Creencias conductuales*. El convencimiento del sujeto, a partir de la información que posee, de que una conducta determinada tendrá un resultado positivo o negativo para él o ella.
- *Creencias normativas*. El convencimiento que tiene el sujeto de que determinadas personas o instituciones, importantes para él o ella, esperan que realice o no determinada conducta.

Las *creencias conductuales* dan lugar a las *actitudes*, mientras que las *creencias normativas* conducen a las *normas subjetivas*. Del balance que el sujeto hace entre ambas, surge la *intención*, y de ésta, la *conducta*. Por lo tanto, podríamos decir que:

- Las actitudes se generan a partir de la información que posee el sujeto (que puede ser errónea o deformada y transmitida culturalmente sin apenas cuestionamiento).
- Las normas subjetivas se refieren a la presión social percibida por el sujeto acerca de cuál es la conducta deseable o correcta.
- La presión social percibida puede entrar en contradicción o no con las actitudes del sujeto.

En resumen, para trabajar actitudes y valores, es necesario:

---

<sup>21</sup> Extraído fundamentalmente de García Lalinde, G. et alt. (2.004) y Arza, J., García Lalinde, G. et alt. (2.005).

<sup>22</sup> Fishbein, M., Ajzen, I. (1.980).

- Influir sobre la información errónea, incompleta o deformada, que está en la base de algunas actitudes. Para ello, según este modelo, es necesario poner en marcha técnicas de actitudes.
- Influir sobre la clarificación personal de valores y actitudes. Para ello, según este modelo, es necesario poner en marcha técnicas de clarificación de valores.
- Reforzar la capacidad de expresión personal de ideas, incluso cuando vayan en contra de la norma subjetiva. Para ello, según este modelo, es necesario poner en marcha técnicas de expresión de opiniones, de toma de decisiones y de mejora de la autoestima.
- Reforzar las capacidades para traducir el cambio de actitud en conducta. Para ello, según este modelo, es necesario poner en marcha técnicas de hábitos y habilidades sociales y de negociación.

### **4.3. El cambio de hábitos**<sup>23</sup>.

Cambiar de hábitos es difícil. Esta resistencia al cambio no es exclusiva de poblaciones en situación de exclusión o vulnerabilidad, sino que es característica de la población general. Pensemos si no en las dificultades que muchas personas tienen para reducir el consumo de tabaco, usar preservativos, seguir una dieta equilibrada o hacer ejercicio.

Podríamos decir que, para hacer posible el cambio de hábitos y conductas, debemos:

- Proporcionar información adecuada.
- Influir sobre las actitudes y los valores vinculados al cambio que queremos propiciar.
- Entrenar la práctica de los nuevos hábitos.
- Influir sobre las condiciones contextuales que faciliten ese cambio.

Los dos primeros aspectos ya han sido abordados anteriormente. En estos momentos vamos a aportar algunas ideas sobre los dos últimos.

El comportamiento preventivo (por ejemplo, utilizar preservativos), en muchas ocasiones demora la obtención de placer inmediato y los daños que pretende evitar son sólo probables y, a veces, a largo plazo. Esta es una de las causas que dificultan la adopción de hábitos preventivos, y debemos tenerla en cuenta.

Por otro lado, no sólo es importante que las personas sepan lo que hay que hacer, sino cómo hacerlo. Tenemos, por tanto, que facilitar el entrenamiento de los hábitos preventivos.

Sin embargo, en muchas ocasiones la conducta ideal no es posible. Por eso es necesario contar con un abanico de opciones. Si estas opciones son

---

<sup>23</sup> Extraído fundamentalmente de García Lalinde, G. et alt. (2.004) y Arza, J., García Lalinde, G. et alt. (2.005).

construidas contando con la participación del propio colectivo, más adaptadas estarán a su realidad y mejor serán interiorizadas por ellos y ellas.

Finalmente, debemos recordar que, por mucho que mejoremos la información, las actitudes y valores, el entrenamiento en hábitos preventivos,..., de poco servirá si el contexto no facilita las opciones saludables. Por ello, es necesario que las intervenciones sobre salud estén enmarcadas dentro de planes integrales y continuados en los que también se aborden aspectos relacionados con la educación, la vivienda, el tiempo libre, el empleo,...

## 5. DIFERENTES ESTRATEGIAS.

Vamos a referirnos a tres tipos de estrategias de educación para la salud:

- La consulta individual.
- La educación o apoyo entre iguales.
- El trabajo en grupo a partir de técnicas participativas.

### 5.1. La relación educativa en la consulta individual.

Ya sea a través de entrevistas formales, a partir de demandas de información, aprovechando encuentros en contextos no formales,..., la relación educativa en la consulta individual constituye una buena oportunidad para transmitir información, trabajar actitudes y valores o fomentar la adopción de nuevos hábitos.

Estas técnicas también pueden ser utilizadas cuando se trata de una consulta con dos o tres personas usuarias. Incluso, en algunos casos, puede ser más conveniente hacerlo así, pues determinadas personas pueden sentirse más ansiosas en una consulta individual.

A continuación vamos a presentar algunas técnicas que pueden facilitar la labor del o de la agente de salud<sup>24</sup>:

#### TÉCNICAS DE EXPRESIÓN

<b>Técnica</b>	<b>Descripción</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Preguntas</b>	Abiertas: Dejan margen amplio para contestar. Animar a pensar. Cerradas: Limitan las posibilidades de respuesta. Dan información específica.	Si son demasiadas preguntas puede ocurrir: papel pasivo del usuario o usuaria; no se implica; sentimientos de intromisión; patrón de relación <i>yo pregunto/tú respondes</i> .
<b>Escucha activa</b>	Ponerse en su lugar (partir de su punto de vista); recoger el mensaje completo (lo que dice y el estado de ánimo); y comunicárselo (verbalizar la comprensión de la situación y de la carga emotiva).	Implica saber escuchar y saber contestar. Es fácil confundirse con lo que cada cual hubiese sentido, dicho o hecho en su situación. Se trata de devolverle lo que le he entendido, con mis palabras.
<b>Repetición</b>	Repetir una parte de lo que dice para animarle a continuar: una frase clave ( <i>estás muy preocupada</i> ); una parte de una frase ( <i>no sabes si...</i> ); una palabra o expresión ambigua ( <i>muy chungo...</i> ).	Es importante hacerlo con respeto para que sirva de estímulo y no cree resistencias.
<b>Citación</b>	Llamar la atención sobre algún aspecto que la persona no expresa o no lo expresa claramente.	Requiere hacerlo de modo respetuoso.
<b>Técnicas estructuradas</b>	Material escrito estructurado (rejilla, fases incompletas,...) con cuestiones para pensar sobre su situación.	A usar como estímulo cuando con las técnicas anteriores no se consigue el objetivo o para completar el proceso de consulta,... Se plantean en consulta o como tarea para casa.

<sup>24</sup> Extraído de Echauri, M. et al. (2.000).

### **Ejemplos de Técnicas de Expresión:**

*¿Cómo ves tu alimentación”, ¿qué te planteas en este tema?, ¿cuál es tu experiencia respecto al tema del ejercicio físico? (preguntas abiertas).*

*Si entiendo bien, te sientes mal y lo que más te preocupa ahora es que sientes que la situación te supera y no sabes bien cómo darle la vuelta. ¿Es así?. (escucha activa).*

*Has comentado que has decidido varias veces dejar cosas y has argumentado por qué. Creo que entiendo qué beneficios esperas obtener dejándolas, pero no se bien qué beneficios obtienes haciéndolas. (citación).*

### **TÉCNICAS DE ANÁLISIS.**

<b>Técnica</b>	<b>Descripción</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Resumir y ordenar</b>	De lo que cuenta seleccionar los elementos que tengan una cierta hilazón y devolvérselos ordenadamente.	Se ordena según criterios (los distintos tipos de factores implicados, aspectos que facilitan y dificultan el cambio, relaciones entre diferentes aspectos,...) que ayuden a reelaborar la visión sobre el tema.
<b>Confrontar incongruencias</b>	Manifestarle las discrepancias que se observan entre lo que piensa, siente, dice y hace.	Se requiere un clima especialmente cálido. Describir, no enjuiciar ni etiquetar.
<b>Focalizar</b>	Señalar algún elemento que parece estar jugando un papel importante en la situación.	Se señalan de manera respetuosa, como propuesta, no a modo de diagnóstico certero.
<b>Personalizar</b>	Proponerle que se centre en él o ella.	Se centra en lo que él o ella piensa, siente o hace, sin generalizar ni abstraer.
<b>Ejercicios</b>	Material escrito estructurado (casos, análisis de texto,...) con cuestiones para reflexionar y profundizar sobre un tema.	A usar como estímulo cuando con las otras técnicas no se termina de profundizar suficiente sobre el tema o como tarea para casa para completar el trabajo de la consulta.

### **Ejemplos de Técnicas de Análisis.**

*Entonces de lo que hemos visto hasta ahora podríamos decir que encuentras dificultades en relación con: a) el esfuerzo que te supone acudir a clase a una hora en la que ya acusas el cansancio b) mantener siempre libre esa hora, es decir que no aparezcan otras cosas también importantes, que tu pareja pueda acudir,... (resumir y ordenar).*

*Dices que estás cuidando mucho tu alimentación y que ves que para ti es importante. Sin embargo comentas que cada vez tienes más celebraciones y que en éstas te permites siempre comer de todo sin ningún orden. (confrontar incongruencias).*

*Dices que vives demasiado deprisa. Hablemos, si te parece, un poco más de ello. (focalizar).*

### **TÉCNICAS PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES**

Ayudan a la persona a desarrollar habilidades concretas que le sirvan para actuar sobre su situación e introducir en ella los cambios que haya decidido. Trabaja fundamentalmente el área de las habilidades o aptitudes psicomotoras, personales y sociales.

<b>Técnica</b>	<b>Descripción</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Demostración con entrenamiento</b>	Explicar y hacer la habilidad de que se trate (relajación, respiración, ejercicio físico, colocación de un preservativo,...).	Es útil sobre todo para desarrollar habilidades psicomotoras. Requiere que el o la agente de salud tenga entrenamiento en esa habilidad.
<b>Ayuda a la toma de decisiones</b>	Ayudarle a dar los pasos de la toma racional de decisiones, identificar y analizar el problema, buscar y analizar alternativas, tomar la decisión más adecuada, programarla y llevarla a cabo.	A utilizar sobre todo para desarrollar la habilidad personal de analizar situaciones y tomar decisiones.
<b>Simulaciones operativas</b>	Explicar el desarrollo de la habilidad de que se trate, plantear (de forma oral o escrita) alguna situación en la que esté implicada la habilidad y practicarla.	Se usan sobre todo para desarrollar habilidades sociales.

## **5.2. La educación o apoyo entre iguales<sup>25</sup>.**

Podríamos decir que la educación entre iguales es la acción de una minoría de representantes de un grupo o población, que intentan activamente informar, influir, formar, apoyar,... a la mayoría de ese mismo grupo o población, en un tema para el que se han capacitado<sup>26</sup>.

La educación a través de iguales, como estrategia para el cambio del comportamiento, se basa en teorías bien conocidas:

### La Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1.986):

- La conducta de un individuo o grupo modelo, actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo.
- Cuanto más afectivamente próximo sea ese modelo, más posibilidades de influencia tendrá.
- La percepción de autoeficacia es un factor fundamental para la adopción de cambios. Es decir, si el individuo o grupo percibe que es capaz de realizar el cambio que se le propone, existirán más posibilidades de que lo adopte. En este sentido, si observa que "un igual" lo ha hecho, será más fácil que se perciba autoeficaz.

### La Teoría de la acción razonada (Fishbein & Ajzen, 1.975):

Si una persona o grupo cree que su entorno social (y especialmente las personas que son importantes para él) tiene una opinión positiva en cuanto a un comportamiento, entonces es más probable que lo ejecute.

### La Teoría de la difusión de la innovación (Rogers, 1.983):

Algunas personas influyentes de una población determinada, actúan como agentes del cambio de comportamiento, divulgando información e influyendo en las normas de su grupo o comunidad.

### La Teoría de la educación participativa (Freire, 1.970):

- Para lograr el desarrollo de una comunidad, se debe promover la participación consciente de la población en el planeamiento y ejecución de programas de beneficio mutuo.
- Nunca se podrá lograr un verdadero cambio si no es a través de la plena participación de las personas interesadas.

La educación entre iguales se ha aplicado en muchas áreas de la Salud Pública, como educación sobre nutrición, planificación familiar, consumo de drogas y prevención de la violencia. Sin embargo, en el campo del VIH/SIDA la educación entre iguales destaca por la frecuencia de ejemplos de

---

<sup>25</sup> Extraído de Arza, J., García Lalinde, G. et al. (2.005).

<sup>26</sup> Svenson, G.R. et al. (1.998).

aplicación en la bibliografía internacional. Durante la ejecución del Programa de Prevención y Control del SIDA (AIDSCAP) de Family Health International/USAID, 116 de los 195 proyectos de comunicación para el cambio de comportamiento, aplicaron la educación entre iguales<sup>27</sup>.

Distintas organizaciones de todo el mundo destacan que los programas que cuentan con la participación de iguales como agentes de salud, poseen importantes **potencialidades**:

- Mejorar el acceso. Los y las agentes de salud tienen acceso físico y sociocultural a la población destinataria en su entorno natural y sin llamar la atención. Esto es especialmente importante cuando se trabaja con poblaciones de difícil acceso.
- Aceptación y aprecio. La estrategia de educación entre iguales es aceptada y apreciada, tanto por la población destinataria como por los equipos de intervención.
- Comunicación. Los y las agentes de salud son comunicadores y comunicadoras eficaces y creíbles. Tienen un conocimiento profundo de la población destinataria y utilizan un lenguaje adecuado.
- Identificación. Los y las agentes de salud son un ejemplo de conducta para fomentar la adopción de comportamientos preventivos.
- Naturaleza participativa. La educación entre iguales facilita la participación de la población beneficiaria en el Programa. Es una estrategia formativa, tanto para el personal educador como para la población destinataria.
- Eficacia y eficiencia. La educación entre iguales es eficaz y eficiente en el fomento de comportamientos preventivos<sup>28</sup>.

Finalmente, debemos señalar que la **eficacia y eficiencia** de la educación entre iguales sólo aparece cuando se cumplen una serie de condiciones. Destacaremos a continuación las más importantes:

- Si va acompañada de otra serie de programas y acciones.
- Si se produce una adecuada captación y selección de personas candidatas a convertirse en agentes de salud.
- Si estas personas reciben una buena capacitación.
- Si los y las agentes de salud cuentan con un buen sistema de supervisión y acompañamiento profesional.
- Si los y las agentes de salud disponen de herramientas de calidad para realizar su labor.
- Si el programa es convenientemente evaluado (evaluación de necesidades, evaluación del proceso y evaluación del impacto).

---

<sup>27</sup> ONUSIDA (2.000).

<sup>28</sup> ONUSIDA (2.000).

Por lo tanto, la educación entre iguales no viene a sustituir la intervención profesionalizada, sino que precisa de su apoyo y complemento.

### **5.3. Trabajo en grupo a partir de técnicas de participación activa.**

Las técnicas de participación activa para el trabajo con grupos son una herramienta educativa de gran eficacia. Suponen una estrategia para que las personas aprendan, pero haciéndolo a través de una elaboración personal de los contenidos. Para ello, ponen en marcha **dos procedimientos** que facilitan enormemente la consecución de esa meta:

- ⇒ La reflexión personal, en combinación con el diálogo interpersonal.
- ⇒ Partir siempre que sea posible de la experiencia, en el sentido de traer a colación en el grupo el desarrollo de experiencias y vivencias personales que todas las personas, o la mayoría, reconocen como cercanas o propias.

Las técnicas grupales son de corte activo, pues colocan el centro de atención en el grupo y no en la persona que lo coordina.

Por otro lado, el trabajo grupal participativo, al facilitar la reflexión, la creatividad, el protagonismo de los y las participantes,... dificulta el adoctrinamiento externo, actuando así como "*filtro*" frente a los riesgos de aculturación (en el caso de trabajar con minorías culturales)<sup>29</sup>.

A continuación exponemos algunos **principios metodológicos básicos**<sup>30</sup>.

- Puesta en marcha de procesos inductivos e interactivos.

Siguiendo la lógica de los procesos inductivos, se parte de lo particular para llegar a lo general. Es decir, primero se fomenta que los y las participantes digan lo que ya saben, lo que piensan. Posteriormente se les aporta nueva información para que discutan sobre ella y complementen lo que ya sabían o creían.

Por otro lado, se potencia la interacción entre el grupo y la persona conductora del Curso, pero también se insiste en la interacción horizontal entre los y las participantes. "Está demostrado que el diálogo en la interacción con iguales produce un aprendizaje de mayor calidad que la transmisión vertical de conocimientos, aunque éstos procedan de una persona experta. En este caso, el papel del agente comunitario consiste en provocar, crear las oportunidades para la reflexión, el intercambio, la creatividad del grupo, ayudándole a ordenar los debates y matizar las conclusiones"<sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> Arza, J. y Carrón, J. - FAD (2.005). FAMIRED. FAD. Madrid.

<sup>30</sup> Arza, J. (2.005).

<sup>31</sup> Arza, J. y Carrón, J. - FAD (2.005). FAMIRED. FAD. Madrid.

- Potenciación de la percepción de autoeficacia en el grupo de iguales.

La Teoría del Aprendizaje Social, ya mencionada en el apartado 5.2., plantea que uno de los elementos más influyentes para el cambio, es la percepción de autoeficacia. Es decir, la persona debe percibir, debe sentirse capaz de poner en marcha el cambio que se le propone. Por ejemplo, puede favorecer la percepción de autoeficacia: observar que otras personas como él o ella también lo hacen o lo quieren hacer; ensayar el cambio en condiciones seguras;... En este sentido, y para potenciar la percepción de autoeficacia en el grupo de participantes, nuestra propuesta contempla fundamentalmente las siguientes estrategias:

- Desarrollar dinámicas en las que se demuestre que el grupo sabe muchas más cosas de las que pensaba sobre la reducción de daños y la educación para la salud.
- Desarrollar dinámicas en las que sea el propio grupo el que llegue a conclusiones sobre las pautas a seguir en relación con la reducción de daño. Es decir, el grupo “sabe lo que hay que hacer”.

## **6. UN EJEMPLO DE GUÍA METODOLÓGICA PARA LA INTERVENCIÓN GRUPAL: “FAMIRED”<sup>32</sup>.**

- El equipo.
- Análisis de la realidad.
- Diseño.
- Convocatoria.
- Desarrollo de las sesiones.
- Evaluación.
- Problemas y soluciones ante situaciones que pueden surgir en los grupos.

### **6.1. El equipo.**

Para la puesta en marcha de FAMIRED en una comunidad, es necesario que existan las siguientes figuras:

- Una organización que lo promueva.
- Un agente comunitario que dinamice permanentemente el grupo.
- Una red de organizaciones y profesionales de apoyo.
- Profesionales de la comunidad que participen en alguna de las sesiones del grupo de padres y madres.

#### **□ Una organización que lo promueva.**

Puede ser una asociación, un centro de servicios sociales, una parroquia,... En cualquier caso, su idoneidad como organización promotora dependerá de:

- El conocimiento que posea de la población objetivo y de la comunidad en general.
- Las posibilidades que tenga para movilizar los recursos necesarios en el desarrollo de FAMIRED: un local para la organización de los grupos, material didáctico, material para la convocatoria,...
- La experiencia que tenga en educación familiar y en trabajo con familias en situación de exclusión social.
- La capacidad que tenga para captar padres y madres de familias en situación de exclusión social.
- Las posibilidades que tenga para lograr la implicación de otras organizaciones del entorno en la iniciativa.

---

<sup>32</sup> Capítulo extraído íntegramente de Arza, J. y Carrón, J. - FAD (2.005). FAMIRED. FAD. Madrid.

□ **Un agente comunitario que dinamice permanentemente el grupo.**

Se trata de una persona que acompañe al grupo de padres y madres a lo largo de todas las sesiones, encargándose también de impartir alguna de ellas. Desde nuestra experiencia, consideramos que es muy importante la presencia de esta figura permanente, por dos razones:

- A lo largo de las sesiones que componen FAMIRED se trabajan temas variados, por lo que es necesario que exista una figura que ayude al grupo a seguir “el hilo conductor”.
- Asimismo, la temática y metodología de FAMIRED requiere la implicación del grupo. Por ello, es necesario que exista una figura que trabaje permanentemente el clima grupal.

Cuando hablamos de agente comunitario, nos referimos a personas que pueden tener un perfil formativo y una posición formal en la comunidad muy variada. No obstante, podemos extraer algunas características comunes en la figura de agente comunitario:

- ⇒ Forma parte de alguna de las entidades de una comunidad (una asociación, un centro social, un centro cultural, un centro sanitario, una parroquia,...).
- ⇒ Su relación con esta entidad puede ser de distintos niveles: voluntariado, trabajo remunerado, dirigente,...
- ⇒ Mantiene una relación cotidiana con algún sector de la población (padres y madres de familias en situación de exclusión social, en nuestro caso), lo que le sitúa en un lugar óptimo para la transmisión de valores, conocimientos, actitudes y habilidades.
- ⇒ Conoce de manera cercana la realidad del sector con el que trabaja y tiene un conocimiento básico de la realidad de su comunidad en general.
- ⇒ Tiene actitudes positivas hacia el trabajo en equipo y la coordinación interinstitucional.
- ⇒ Está abierto y dispuesto a recibir información y formación especializada.

La figura del agente comunitario es esencial en este tipo de procesos, ya que las experiencias de intervención a través de personas ajenas al ámbito en el que éstas se realizan, no han tenido una evaluación positiva.

□ **Una red de organizaciones y profesionales de apoyo.**

Tanto la organización promotora, como el agente comunitario, deben promover la creación (más o menos formal y más o menos amplia) de una red de apoyo al proyecto. Esta red podrá ser de enorme utilidad para el desarrollo de tareas fundamentales para un desarrollo eficaz de la experiencia:

- El diagnóstico.
- El diseño.
- La convocatoria.
- El desarrollo de algunas sesiones.
- La evaluación.

Para ello, y antes del desarrollo del grupo de educación familiar, la organización promotora y el agente comunitario deben dedicar un tiempo a presentar la iniciativa a las diferentes organizaciones de la comunidad.

□ **Profesionales de la comunidad que participen en alguna de las sesiones del grupo de padres y madres.**

Esta puede ser precisamente otra de las funciones de la red de apoyo.

En la guía didáctica señalaremos específicamente algunas sesiones en las que aconsejamos la presencia de otros profesionales (de centros de salud, de centros educativos, de recursos de empleo,...). Esta presencia puede tener dos funciones:

- Ofrecer una información más especializada y actualizada al grupo.
- Incrementar el acercamiento entre estos profesionales y las familias del grupo.

## **6.2. El análisis de la realidad.**

Una de las características de FAMIRED es su flexibilidad. Propone una serie de áreas temáticas, módulos, actividades,..., pero su concreción en un grupo debe ser realizada en función de las características del mismo y de la comunidad en la que se enmarque. Por ello es imprescindible un análisis de la realidad previo, no solo al desarrollo del grupo de educación familiar, sino también previo al propio diseño de la iniciativa específica en cada comunidad.

A continuación definimos los diferentes pasos que se deben dar en la elaboración de este análisis de la realidad:

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>○ Definición de las variables sobre las que queremos extraer información.</li><li>○ Definición de las fuentes y procedimientos que emplearemos para obtener la información.</li><li>○ Extraer conclusiones diagnósticas a partir del análisis de la realidad.</li></ul> |
|---|

□ **Definición de las variables sobre las que queremos extraer información.**

Proponemos estructurar las variables en torno a las áreas temáticas definidas en FAMIRED (Ficha 1).

□ **Definición de las fuentes y procedimientos que emplearemos para obtener la información.**

En nuestro caso, las más adecuadas son las siguientes:

▪ **Recopilación documental.**

Se trata de consultar investigaciones, experiencias, artículos, libros,... que tengan relación con el tema, la zona y/o la población con la que vayamos a trabajar.

▪ **Entrevista a informantes-clave.**

En primer lugar, se debe seleccionar un grupo de personas de la comunidad que sean representativas de los sectores que nos interesen (profesionales de los diferentes recursos comunitarios, representantes de asociaciones, representantes de la población objetivo,...). Posteriormente se realiza una entrevista con cada uno de ellos. La entrevista debe ser planteada con preguntas abiertas, es decir, que no requieran respuestas de si o no, sino que fomenten la reflexión del entrevistado. El entrevistador debe tener un guión de la entrevista (estructurado en torno a las variables definidas previamente), pero lo manejará de manera flexible, para facilitar que el entrevistado se exprese con libertad.

▪ **Técnicas grupales.**

A través de estas técnicas se facilita la participación en el análisis de la realidad.

Estas técnicas pueden ser utilizadas en reuniones del equipo que va a desarrollar FAMIRED. También pueden ser utilizadas para recoger las aportaciones de la población objetivo o de representantes de otros recursos.

Como ejemplo de estas técnicas podemos señalar las siguientes<sup>33</sup>:

- Grupo de discusión.
- Análisis DAFO.
- Lluvia de ideas.
- Grupo nominal.

---

<sup>33</sup> La descripción de estas técnicas puede ser encontrada en el siguiente material de la FAD. *¿Y tú qué haces?. Participa en la comunidad.* Madrid, 2.004.

□ **Extraer conclusiones diagnósticas a partir del análisis de la realidad.**

El análisis de la realidad nos debe servir para tomar algunas decisiones que nos serán de gran utilidad para el posterior diseño del proyecto de aplicación de FAMIRED en nuestra comunidad (Ficha 2).

### **6.3. El diseño.**

En esta fase de diseño del proyecto de aplicación de FAMIRED en nuestra comunidad, será necesario que sigamos contando con la colaboración de la red de profesionales y recursos que nos han ayudado en el análisis de la realidad. Además, ya que hemos concretado nuestra población objetivo, en estos momentos podremos circunscribir esta red a los profesionales y organizaciones más estrechamente relacionados con la población objetivo definida en la fase de análisis de la realidad.

En esta fase, y siempre en coherencia con el diagnóstico realizado, deberemos tomar decisiones en relación con los siguientes aspectos<sup>34</sup>:

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>○ Las áreas de contenido y los módulos que trabajaremos.</li><li>○ La secuenciación de los contenidos.</li><li>○ Número de sesiones, duración y frecuencia.</li></ul> |
|---|

□ **Las áreas de contenido y los módulos que trabajaremos.**

De todas las propuestas por FAMIRED, ¿cuáles son las que realmente vamos a aplicar?.

□ **La secuenciación de los contenidos.**

Este es un factor que tendrá una gran influencia en la asistencia al grupo y en el grado de participación e implicación de los asistentes. A modo de ejemplo, proponemos tener en cuenta los siguientes criterios:

- Empezar por los temas que sean más cercanos a los participantes: por su expreso interés hacia ellos; por la presencia que tengan en su vida cotidiana; por la gran importancia que les otorgan;...
- Empezar por temas que no movilicen sentimientos negativos en los participantes.
- Empezar por temas que no pongan en cuestión creencias o hábitos muy instaurados en los participantes.

---

<sup>34</sup> Las fichas 2 y 3 nos ayudarán a plasmar *en el papel* todas estas decisiones.

No obstante, la posibilidad de una buena secuenciación irá directamente relacionada con las posibilidades que tengamos de hacer un buen diagnóstico del grupo.

#### **Número de sesiones, duración y frecuencia.**

Dependiendo de las temáticas que hayamos decidido trabajar y de las características del grupo al que vayamos a convocar (su experiencia de participación en actividades similares, su disponibilidad de tiempo, su motivación,...), tendremos que definir el número de sesiones que vayamos a desarrollar. Una opción, si no conocemos demasiado al grupo, puede consistir en convocar para una primera *tanda* breve de sesiones y después plantearse la posibilidad de profundizar en algún aspecto a través de nuevas sesiones.

La duración de las sesiones también dependerá de las mismas características del grupo que comentamos al referirnos al número de sesiones. No obstante, sugerimos que la duración de cada sesión no sea nunca inferior a una hora, ni superior a las 2 horas. El límite mínimo tiene que ver con la metodología empleada, que precisa del tiempo suficiente para desarrollar las dinámicas de reflexión y participación. El límite máximo tiene que ver con las dificultades que el grupo podría tener para seguir manteniendo el grado de implicación necesario, después de 2 horas de trabajo.

En cuanto a la frecuencia, y aunque también lo deberemos decidir a partir de las características del grupo, sugerimos como ideal la frecuencia semanal. La realización de una sesión a la semana facilita que padres y madres se organicen para disponer al menos de este día, y evita que los participantes se desmotiven o pierdan *el hilo conductor* si las sesiones se espacian excesivamente.

### **6.4. La convocatoria.**

En relación con la convocatoria, tendremos que tomar tres decisiones fundamentales:

- Los métodos de la convocatoria.
- El grado de homogeneidad/heterogeneidad del grupo.
- El número de participantes.

#### **Los métodos de convocatoria.**

Para definir los métodos de convocatoria, lo primero que debemos tener en cuenta es el carácter selectivo de FAMIRED. Va dirigido a un colectivo de población muy concreto, por lo que se deben evitar métodos de convocatoria indiscriminados. En este sentido, la prioridad consiste en la utilización de métodos de convocatoria personalizada y cercana:

▪ Utilización de mediadores.

Es decir, personas cercanas a la población objetivo y que cuenten con prestigio ante ella. De nuevo entra aquí *en juego* la red de colaboradores que hemos construido desde el inicio del proceso. Nos podremos apoyar en ella, en nuestro propio conocimiento y en el de nuestra organización, para detectar los mediadores que puedan servirnos para contactar con la población objetivo. Dependiendo del caso, los mediadores podrán ser:

- Profesionales de recursos comunitarios (centros de servicios sociales, centros de salud, centros educativos,...) que tengan un buen vínculo con el tipo de población a la que nos dirigimos.
- Miembros de asociaciones que trabajen en relación con nuestra población objetivo.
- Mediadores profesionales que trabajen en la comunidad.

La labor de estos mediadores consistirá en informar de manera personalizada a la población objetivo con la que tengan relación, o facilitar el contacto directo entre el agente comunitario y esta población.

El éxito de este método de convocatoria responderá a un doble reto:

- La capacidad que hayamos tenido para detectar a los mediadores más adecuados.
- La capacidad que hayamos tenido para facilitar a los mediadores la información necesaria para que motiven a los potenciales participantes en FAMIRED.

▪ La utilización de los procesos de *bola de nieve*.

Se trata de aprovechar, en este caso para la convocatoria de nuestra iniciativa, el proceso natural por el que se difunden muchos mensajes: el *boca-oreja*. Si hemos logrado contactar con una familia, debemos motivarla para que informe a otras familias de sus mismas características.

En esta ocasión también tendremos que esforzarnos por facilitar a estas familias la información necesaria para que motiven a otras familias.

Para ambos métodos, y para otros que se nos puedan ocurrir, es importante que contemos con un soporte escrito que facilite la labor de los mediadores y apoye los procesos de *bola de nieve*. Debe ser un soporte sencillo, claro y atractivo.

□ **El grado de homogeneidad/heterogeneidad del grupo.**

Como en todos los casos, este aspecto deberá ser decidido por la organización convocante, teniendo muy en cuenta el diagnóstico realizado.

En general, tanto la homogeneidad como la heterogeneidad pueden tener sus aspectos positivos y sus riesgos.

▪ **La homogeneidad facilita:**

La adaptación del contenido y los métodos a las características y necesidades de los participantes.

▪ **La heterogeneidad facilita:**

La riqueza de los debates y las posibilidades que ofrece para trabajar el respeto *a la diferencia*.

▪ **El exceso de heterogeneidad dificulta:**

La aplicación de una de las características fundamentales de nuestra propuesta: la adaptación. Si apenas hay características comunes, ¿a qué se debe adaptar el contenido y la metodología?.

▪ **El exceso de homogeneidad dificulta:**

La aplicación de otra de las características fundamentales de nuestra propuesta: la interculturalidad.

□ **El número de participantes.**

El número idóneo de participantes por grupo debe situarse en torno a las 20 personas. Tanto por la metodología empleada, como por las características de la población objetivo, un tamaño superior del grupo dificultaría enormemente el manejo de las dinámicas.

## **6.5. El desarrollo de las sesiones.**

En el desarrollo de las sesiones debemos tener en cuenta dos aspectos organizativos (la sala y la documentación) y uno metodológico (el proceso general a seguir en cada sesión):

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>○ Las características de la sala en la que va a desarrollarse el grupo.</li><li>○ La documentación.</li><li>○ El proceso a seguir en cada sesión.</li></ul> |
|---|

□ **Las características de la sala en la que va a desarrollarse el grupo.**

- Acogedora: tamaño ni muy grande ni muy pequeño; sin ruidos; sin interrupciones de personas ajenas que puedan entrar en la sala;...
- Con sillas movibles, para disponer el grupo en semicírculo o círculo y poder hacer cómodamente trabajos por grupos que requieran cambiar la disposición de las sillas en la sala.
- Con pizarra y/o rotafolios. La ventaja del rotafolios es que permite guardar las conclusiones de las puestas en común y volver sobre ellas en otro momento del proceso del grupo (en la pizarra todo se borra).
- Accesible para la población objetivo. Lo ideal es que sea en un local muy conocido en la comunidad y/o por la población objetivo (un centro educativo, un centro cultural, el local de una asociación con la que la población objetivo se identifique,...).

□ **La documentación.**

En la guía didáctica de las diferentes áreas temáticas, adjuntamos fichas-resumen para entregar a las personas participantes. En ellas, de manera sencilla, clara y gráfica, resumimos las ideas esenciales a transmitir en cada uno de los módulos.

Al margen de estas fichas-resumen, el agente comunitario, valorando siempre las capacidades lecto-escritoras del grupo, puede entregar otra documentación complementaria.

Las fichas-resumen están realizadas en castellano, pero en el caso de trabajar con población que se exprese en otra lengua, deberemos valorar la posibilidad de traducirlas o hacerlas bilingües.

□ **El proceso general a seguir en cada una de las sesiones.**

En primer lugar, el agente comunitario debe tener en cuenta las necesidades que cualquier participante en un grupo tiene: *ver, hablar y hacer*. Para ello, a lo largo de las sesiones<sup>35</sup> deberá combinar adecuadamente actuaciones que respondan a esas tres necesidades:

- Ver. La estimulación visual es un complemento idóneo de los procedimientos verbales o escritos. La proyección de imágenes o gráficos en transparencias, los vídeos, los carteles, las fotos,... son una opción que puede enriquecer notablemente la acción grupal. Por ello, en las “fichas para recordar y trabajar en casa”, incluimos gran

---

<sup>35</sup> Según *el momento* del grupo y el tema que se esté trabajando, en unas sesiones deberá tener más espacio *el ver y el hablar*, en otras *el hablar y el hacer*, en otras...

cantidad de dibujos y gráficos que pueden ser utilizados también durante las sesiones.

- Hablar. Nos referimos a la necesidad que los participantes tienen de compartir entre ellos, de reflexionar. Está demostrado que el diálogo en la interacción con iguales produce un aprendizaje de mayor calidad que la transmisión vertical de conocimientos, aunque éstos procedan de una persona experta. En este caso, el papel del agente comunitario consiste en provocar, crear las oportunidades para la reflexión, el intercambio, la creatividad del grupo, ayudándole a ordenar los debates y matizar las conclusiones.
- Hacer. A menudo ver y hablar no bastan para producir un impacto ni suficiente ni duradero en la memoria y conducta de los sujetos del grupo. Es necesario complementarlo con *el hacer*, con practicar. En unos casos será a través de una representación, en otros a través del análisis de un caso, en otros a través de *una tarea* para hacer en casa.

Otro de los criterios generales a tener en cuenta por el agente comunitario, es la adaptación a las características y evolución del grupo. Este criterio es incompatible con el seguimiento de un proceso rígido en cada sesión. No obstante, podemos aportar una secuencia marco a tener en cuenta (con flexibilidad) en las sesiones:

- Presentación.

Si se trata de la primera sesión, se deberá dedicar mucho tiempo (incluso la sesión entera) a esta labor: técnicas para que los integrantes del grupo se vayan conociendo entre sí; presentación de los objetivos, contenidos y metodología del curso; análisis de las expectativas del grupo;...

Si no es la primera sesión, el agente comunitario deberá dedicar los primeros minutos a las siguientes labores:

- Acogida al grupo.
- Resumen de las ideas-fuerza de la sesión anterior<sup>36</sup>.
- Análisis (si es el caso) de las tareas que fueron sugeridas en la sesión anterior para realizar en casa.
- Presentación del trabajo que se va a realizar durante la sesión.

- Aproximación al tema.

Debe ser una aproximación inductiva, facilitada por alguna de las técnicas grupales que aparecen en las guías didácticas de los módulos y evitando la aproximación a través de una larga exposición por parte del agente comunitario. Suelen ser técnicas del siguiente tipo:

---

<sup>36</sup> Dependiendo del grado de consolidación y maduración del grupo, incluso se podría plantear que el resumen lo hicieran los propios participantes.

- Técnicas para poner en común lo que el grupo ya sabe sobre el tema. Las más comunes son la lluvia de ideas y el intercambio de experiencias.
- Técnicas para fomentar el debate. La más común es el debate a partir de frases propuestas por el agente comunitario.
- Técnicas para fomentar la creatividad. Se trata de plantear tareas al grupo para que encuentre soluciones creativas. Las más comunes son el análisis de casos y los supuestos prácticos.
- Técnicas vivenciales. Se trata de simular situaciones para que los participantes vivencien (de la manera más realista posible) el tema que se está trabajando. La más común es el juego de roles.

▪ Conclusiones.

Tras la aproximación inductiva al tema, el agente comunitario podrá complementar y matizar las conclusiones a las que el grupo haya llegado. La utilización del rotafolios puede ser muy adecuada para plasmar las conclusiones por escrito, pues en otras sesiones se puede volver sobre ellas.

Como refuerzo a estas conclusiones, en las guías didácticas de los módulos sugerimos acciones del siguiente tipo: participación en la sesión de algún profesional experto en el tema; visita a algún recurso de la comunidad especializado en ese tema; visionado de alguna película relacionada con el tema.

▪ Cierre.

El agente comunitario deberá dedicar los últimos minutos de la sesión a las siguientes labores:

- Dinámica de la “palabra final”. Esta es una técnica de gran utilidad para evaluar de manera continuada el proceso del grupo. Si en la sesión se han trabajado aspectos emocionales y se han aplicado técnicas vivenciales, puede ser muy adecuado proponer a los participantes que resuman su estado de ánimo en una palabra o frase corta. Si el grupo se encuentra en las primeras sesiones y/o no se han tratado aspectos emocionales, se puede proponer que resuman en una palabra o frase corta la idea que más han interiorizado de toda la sesión. Una vez que han reflexionado brevemente, se abre una ronda en la que todo el grupo exprese sus reflexiones.
- Auto-expresión emocional del agente comunitario. Puede consistir en: reforzar al grupo; comentar los momentos más interesantes de la sesión; expresar su satisfacción con el proceso del grupo;...

- Planteamiento (si es el caso) de alguna “tarea para casa”.
- Presentación de la siguiente sesión.

## **6.6. La evaluación.**

Para que podamos evaluar la aplicación de FAMIRED en una comunidad concreta, será necesario que previamente hayamos ido cumpliendo las fases anteriores. Es decir, es necesario que hayamos realizado un análisis de la realidad (para que la evaluación nos ayude a ver si nos hemos adaptado a ella) y que hayamos planificado la intervención (para que la evaluación nos ayude a ver si hemos cumplido lo previsto).

Si todas esas fases previas han sido cumplidas, podremos realizar una evaluación del proceso, e incluso evaluar algunos aspectos relacionados con los resultados.

### **□ Evaluación de proceso.**

A través de la ficha 4, el agente comunitario irá anotando sus observaciones sobre el desarrollo de cada sesión. Por otro lado, en la ficha 5 podrá plantear sus opiniones y percepciones sobre el desarrollo de todo el proceso.

### **□ Evaluación de resultados.**

Por un lado, se evaluarán los resultados obtenidos en cuanto a la satisfacción de las personas participantes (ficha 6). Por el otro, se evaluará la percepción de los agentes comunitarios en cuanto a los resultados obtenidos con el grupo (ficha 5).

Como se observará, no se trata de un tratamiento excesivamente complejo de evaluación, pero sí de gran utilidad, ya que nos podrá servir para:

- Registrar los elementos esenciales de nuestro proceso para poder apoyar un posterior análisis de nuestra actividad.
- Reflexionar sobre lo que ha salido bien y lo que podemos mejorar cuando volvamos a plantearnos una intervención similar.
- Explicar de manera sintética a otros (instituciones, responsables de nuestras entidades, otros técnicos,...) lo esencial de lo que hemos hecho y de sus resultados.

## 6.7. Problemas y soluciones ante situaciones que pueden surgir en los grupos.

- Cuestionamiento del agente comunitario.
- La participación/implicación del grupo es muy escasa.
- Hay problemas para mantener el orden en el grupo.
- Se detecta un clima en el que no existe el suficiente nivel de empatía y respeto entre los participantes.
- La sesión es monopolizada por un caso especialmente grave.

### □ **Cuestionamiento del agente comunitario:**

Las situaciones en las que el agente comunitario puede ser cuestionado por el grupo (o por un sector del mismo) pueden ser diversas. A modo de ejemplo, a continuación planteamos algunas frases que pueden reflejar de manera clara alguna de estas situaciones:

- “*Todo eso que cuentas es teoría*”.
- “*Tú es que no eres madre y no lo puedes entender*”.
- “*Yo dentro de mi casa hago lo que quiero*”.

Si eso ocurre, lo primero que debemos tener en cuenta es que quizás esos comentarios sean llamadas de atención que señalan errores metodológicos por nuestra parte.

Es posible que el grupo (o algunas personas del mismo) perciban escasa empatía por nuestra parte. En este caso, es necesario que empaticemos con las dificultades que las personas participantes pueden tener para entender, compartir y, sobretodo, aplicar muchas de las pautas que se proponen en FAMIRED. Además, debemos esforzarnos en transmitir verbal y no verbalmente esa empatía.

Es posible que hayamos abusado de la exposición, aprovechando escasamente la reflexión y el intercambio grupal. Probablemente será mejor admitido y más interiorizado un mensaje transmitido por alguna persona del grupo (aunque ya lo hubiera señalado previamente el agente comunitario), que un mensaje expuesto únicamente por nosotros/as.

Es posible que no hayamos encuadrado adecuadamente la actividad, ni hayamos puesto en común nuestras expectativas y las del grupo. Por ello, y ya desde la primera sesión, debemos transmitir algunas ideas-fuerza:

- En previsión de mensajes del tipo “todo eso que cuentas es teoría”, las ideas-fuerza podrían ser las siguientes:
  - Es posible que algunos contenidos puedan ser percibidos “como teorías”, pero se trata de teorías fundamentadas en la experiencia de personas que llevan años trabajando en

educación familiar y teorías que muchas familias en el mundo han utilizado para mejorar su funcionamiento.

- No se trata de asumir lo que se propone desde FAMIRED en su conjunto y en su literalidad (en este caso sí podría parecer teórico), pero tampoco de rechazarlo en su conjunto. Quizás la posición más adecuada sea la de observar qué aspectos pueden ser más *encajables* en mi familia, cuáles no y cuáles me permito (como mínimo) guardarlos “en un cajón” para reflexionar más adelante.
- En previsión de mensajes del tipo “tú es que no eres madre...”, la idea-fuerza podría ser la siguiente:
  - El agente comunitario es “simplemente” un instrumento que presenta al grupo una serie de contenidos con el objetivo de fomentar su reflexión a partir de ellos. Da lo mismo si es madre o no, psiquiatra o trabajadora social, deportista o pintora,..., lo importante es si los contenidos sirven para la reflexión grupal e individual.
- En previsión de mensajes del tipo “yo dentro de mi casa hago lo que quiero”, la idea-fuerza podría ser la siguiente:
  - De nuevo, aquí se debería volver a insistir en que cada familia se deberá plantear qué contenidos de los trabajados en FAMIRED decide aplicar y de qué manera. No obstante, también se debería remarcar de nuevo que se trata de contenidos fundamentados y experimentados.

□ **La participación/implicación del grupo es muy escasa.**

Deberíamos revisar la planificación que hicimos:

- Quizás no hemos elegido los temas adecuados.
- Quizás nos hayamos equivocado en la metodología empleada.
- Es posible que no hayamos acertado en la secuenciación de los contenidos.

Además de reflexionar sobre todas estas cuestiones en nuestro equipo, una buena medida podría consistir en hacer “un parón” en los contenidos previstos y preguntar al grupo para que nos ayude a detectar las razones que dificultan una mayor participación e implicación por su parte.

Desde luego, una buena medida preventiva podría consistir en hacer este “parón” ya en la primera sesión, para presentar al grupo nuestra propuesta y negociar el diseño definitivo de contenidos, metodología,... Esta es una medida que puede facilitar la implicación del grupo desde el inicio del proceso.

Si la falta de participación/implicación no es generalizada, sino que tan solo afecta a una parte del grupo, deberemos tener en cuenta este aspecto en el trabajo por grupos. En este sentido, deberemos cuidar que en cada grupo de trabajo haya una representación adecuada de personas implicadas y participativas y de otras que lo sean menos.

**Hay problemas para mantener el orden en el grupo.**

Si optamos por una metodología participativa, como es nuestro caso, inevitablemente aumenta el movimiento, “el ruido” del grupo. Para que este movimiento no se convierta en caos, e impida llegar a conclusiones, es importante que tomemos algunas precauciones:

- Esforzarnos por explicar bien el proceso de cada actividad. Si no lo hacemos así, las dudas, la inseguridad, la confusión, pueden generar desorden en el grupo.
- A participar de manera ordenada en grupo, se aprende con la experiencia. Por ello, es importante que desarrollemos un proceso secuencial en cuanto al grado de estructuración y sencillez de las actividades. En las primeras sesiones es necesario que las dinámicas sean sencillas y muy estructuradas, para poco a poco ir incrementando su complejidad.
- Evitar que la responsabilidad del orden en el grupo recaiga únicamente en el agente comunitario. Debemos compartir esta responsabilidad con el grupo, delegando diferentes funciones que vayan rotando entre las personas participantes: controlar los tiempos, tomar nota de las palabras solicitadas, moderar los debates,...

Si los problemas de orden son importantes, y se mantienen en el tiempo, se podría hacer “un parón” en el grupo y reflexionar sobre los motivos y las soluciones para esta situación.

**Se detecta un clima en el que no existe el suficiente nivel de empatía y respeto entre los participantes.**

El modelo que transmita el agente comunitario, constituirá una gran aportación para evitar este tipo de situaciones.

Desde la primera sesión (y siempre que se detecte una situación de falta de respeto), deberemos insistir en dos importantes ideas-fuerza:

- Se trata de una experiencia formativa en la que, no solo se aprenderá a través de lo que transmita el agente comunitario, sino también (y sobretodo) a través de lo que puedan compartir entre los integrantes del grupo. Por ello, el respeto y el interés por lo que aporten los otros deberá ser fundamental.
- Cada persona puede aportar las opiniones que desee y los demás deberán respetarlas (aunque no la compartan).

Estos principios deberán mantenerse especialmente cuando se produzcan discusiones basadas en cuestiones culturales (costumbres, normas, valores, códigos,...) diferentes dentro del grupo o entre el grupo y el agente comunitario.

Algunos módulos de FAMIRED abordan específicamente estas cuestiones (comunicación, interculturalidad,...), por lo que, si se han producido situaciones de falta de respeto o ausencia de empatía en el grupo, se podrán trabajar como ejemplo.

□ **La sesión es monopolizada por un caso especialmente grave.**

En la convocatoria se deberá tener muy en cuenta que se trata de un grupo de educación familiar no terapéutico. Asimismo, en la primera sesión, se deberá volver a insistir en este aspecto.

Si aún así, en una sesión algún participante plantea una situación personal grave, se le escuchará con atención y empatía, intentando en el momento más adecuado reconducir el tema hacia las actividades previstas en la sesión. En la misma sesión se le puede plantear el interés que tenemos por conocer más en profundidad su situación en una entrevista particular. En esta entrevista se le podrá orientar hacia los servicios idóneos para atender su problemática y se le explicará que el grupo no es el lugar más adecuado para tratarla.

**VARIABLES PARA EL ANÁLISIS DE LA REALIDAD. FICHA 1**

**SALUD.**

- Descripción de los recursos sanitarios existentes en la comunidad.
- Descripción de los recursos y/o experiencias de intervención que, en materia de salud, se realizan con las familias en situación de exclusión social de esa comunidad.
- Descripción de las principales problemáticas de salud que afectan a los habitantes de la comunidad.
- Descripción de las principales problemáticas de salud que afectan a las familias de la comunidad en situación de exclusión social.
- Descripción de las principales demandas sobre salud expresadas por las familias en situación de exclusión social.
- Definición del colectivo o los colectivos de la comunidad más afectados por la exclusión en materia de salud.

**GRUPO FAMILIAR.**

- Descripción de los recursos y/o experiencias de educación familiar existentes en la comunidad.
- Descripción de los recursos y/o experiencias de intervención que, en materia de educación familiar, se realizan con las familias en situación de exclusión social de esa comunidad.
- Descripción de las principales problemáticas relacionadas con el funcionamiento del grupo familiar que afectan a los habitantes de la comunidad.
- Descripción de las principales problemáticas relacionadas con el funcionamiento del grupo familiar que afectan a las familias de la comunidad en situación de exclusión social.
- Descripción de las principales demandas relacionadas con el funcionamiento del grupo familiar expresadas por las familias en situación de exclusión social.
- Definición del colectivo o los colectivos de la comunidad más afectados por problemáticas relacionadas con el funcionamiento del grupo familiar.

**DESARROLLO PERSONAL.**

- Descripción de los recursos y/o experiencias para el fortalecimiento del desarrollo personal existentes en la comunidad (en el campo de la infancia/adolescencia y en el campo de adultos).
- Descripción de los recursos y/o experiencias de intervención que, en materia de fortalecimiento del desarrollo personal, se realizan con las familias en situación de exclusión social de esa comunidad.
- Descripción de las principales problemáticas relacionadas con el desarrollo personal que afectan a los habitantes de la comunidad.
- Descripción de las principales problemáticas relacionadas con el desarrollo personal que afectan a las familias de la comunidad en situación de exclusión social.
- Descripción de las principales demandas sobre fortalecimiento del desarrollo personal expresadas por las familias en situación de exclusión social.
- Definición del colectivo o los colectivos de la comunidad más afectados por problemáticas relacionadas con el desarrollo personal.

**SITUACIONES DE CONFLICTO.**

- Descripción de los recursos existentes en la comunidad para atender las drogodependencias, la violencia intrafamiliar y la experiencia de los familiares ausentes.
- Descripción de los recursos y/o experiencias de intervención que, en esta materia, se realizan con las familias en situación de exclusión social de esa comunidad.
- Descripción de las principales problemáticas que, en estas materias, afectan a los habitantes de la comunidad.
- Descripción de las principales problemáticas que, en estas materias, afectan a las familias de la comunidad en situación de exclusión social.
- Descripción de las principales demandas expresadas sobre estas materias por las familias en situación de exclusión social.
- Definición del colectivo o los colectivos de la comunidad más afectados por la exclusión en estas materias.

**COMUNIDAD.**

- Descripción de los recursos y/o experiencias existentes en la comunidad para trabajar la interculturalidad, el empleo, la vivienda y la participación.
- Descripción de los recursos y/o experiencias de intervención que, en esta materia, se realizan con las familias en situación de exclusión social de esa comunidad.
- Descripción de las principales problemáticas que, en esta materia, afectan a los habitantes de la comunidad.
- Descripción de las principales problemáticas que, en esta materia, afectan a las familias de la comunidad en situación de exclusión social.
- Descripción de las principales demandas expresadas sobre estas materias por las familias en situación de exclusión social.
- Definición del colectivo o los colectivos de la comunidad más afectados por la exclusión en estas materias.

**ESCUELA.**

- Descripción de los recursos educativos existentes en la comunidad.
- Descripción de los recursos y/o experiencias de intervención que, en materia de educación, se realizan con las familias en situación de exclusión social de esa comunidad.
- Descripción de las principales problemáticas de educación que afectan a los habitantes de la comunidad.
- Descripción de las principales problemáticas de educación que afectan a las familias de la comunidad en situación de exclusión social.
- Descripción de las principales demandas sobre educación expresadas por las familias en situación de exclusión social.
- Definición del colectivo o los colectivos de la comunidad más afectados por la exclusión en materia de educación.

## DIAGNÓSTICO. Ficha 2.

- ¿Cuál va a ser nuestra población objetivo?.
- ¿Por qué?.
- ¿Por qué problemáticas se ve más afectada?:
  - En materia de salud.
  - En materia de funcionamiento del grupo familiar.
  - En materia de desarrollo personal.
  - En materia de situaciones de conflicto (drogodependencias, violencia intrafamiliar y familias ausentes).
  - En materia de inserción comunitaria (interculturalidad, empleo, vivienda y participación).
  - En materia de escuela.
- ¿Cuáles son sus principales demandas en relación con esas áreas temáticas?.
  - En salud.
  - En funcionamiento del grupo familiar.
  - En desarrollo personal.
  - En situaciones de conflicto (drogodependencias, violencia intrafamiliar y familias ausentes).
  - En inserción comunitaria (interculturalidad, empleo, vivienda y participación).
  - En escuela.
- Por lo tanto ¿qué contenidos serán los prioritarios a trabajar desde FAMIRED?.
- ¿Con qué recursos de la comunidad (que ya están interviniendo con esta población) deberemos coordinarnos en el desarrollo de FAMIRED?.
- Peculiaridades culturales o de otro tipo que debemos tener en cuenta en el diseño y desarrollo de FAMIRED con este tipo de población.

**DISEÑO GENERAL DE SESIONES. Ficha 3**

<b>Nombre de la sesión</b>	<b>Módulo al que pertenece</b>	<b>Área en la que se enmarca</b>	<b>Duración</b>	<b>Fecha</b>

**Características del grupo de participantes**

**DISEÑO DE CADA SESIÓN. Ficha 4**

**Nombre de la sesión:**

**Módulo al que pertenece:**

**Área en la que se enmarca:**

**Nombre de las personas que participan como formadoras:**

**Número de participantes previstos y características de los mismos:**

**Materiales necesarios:**

**Objetivos didácticos:**

**Desarrollo temporalizado de la sesión:**

**Observaciones recogidas por el agente comunitario, una vez desarrollada la sesión** (grado de consecución de los objetivos, variaciones que se han realizado en la metodología, actitudes percibidas en el grupo, grado de satisfacción percibida por el agente comunitario, asistencia,...).

**EVALUACIÓN PERCEPCIÓN DE RESULTADOS DEL AGENTE  
COMUNITARIO. Ficha 5**

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN FINAL PARA EL AGENTE  
COMUNITARIO**

Localidad en que se ha realizado: \_\_\_\_\_

Fecha de la primera sesión: \_\_\_\_\_

Fecha de la última sesión: \_\_\_\_\_

Nº de padres/madres que han participado: \_\_\_\_\_

Nº de padres/madres que han asistido a cada sesión (por término medio): \_\_\_\_\_

El interés de los participantes por los temas tratados ha sido:

- Alto
- Medio
- Bajo.

La participación de los padres/madres durante las actividades ha sido:

- Buena
- Regular
- Mala

¿Cree que los participantes han comprendido lo fundamental de cada tema?

- En general, sí
- En general, no
- Sólo en algunos temas.

¿Cree que aplicarán lo aprendido en su vida familiar?

- Probablemente sí
- Probablemente no
- Tal vez.

COMENTE LO QUE CREA OPORTUNO ACERCA DE LOS SIGUIENTES TEMAS:

**CONVOCATORIA:**

¿Cómo se ofertó el programa a la población? ¿Hubo muchas solicitudes para participar en el programa? ¿Los padres/madres y familiares participantes se ajustan a las características previstas en la programación?

ORGANIZACIÓN:

(¿Ha habido problemas de organización? ¿El local reunía condiciones? ¿Ha tenido recursos suficientes? ¿Cómo se podría solucionar en el futuro?)

APLICACIÓN DEL PROGRAMA:

(¿El programa se ha aplicado como estaba previsto en la programación? ¿Se ha hecho todas las actividades previstas? ¿Ha habido problemas durante el planteamiento de los temas o la realización de las actividades?)

RESULTADOS:

(¿En qué medida cree que se han logrado los objetivos señalados en la programación? ¿Por qué cree que ha ocurrido?)

**CUESTIONARIO SATISFACCIÓN PARTICIPANTES. Ficha 6**

**CUESTIONARIO EVALUACIÓN FINAL PARA LOS PARTICIPANTES**

¿Cómo se siente por haber participado en esta actividad?

- Estoy muy satisfecho*
- Estoy satisfecho*
- He quedado poco satisfecho.*

¿Cómo ha sido la organización de la actividad?

- Buena*
- Regular*
- Mala*

¿En general, qué le han parecido los temas que se han tratado?

- Muy interesantes*
- Pasables*
- Poco interesantes.*

¿Cuáles le han interesado más?: \_\_\_\_\_

¿Cuáles le han interesado menos?: \_\_\_\_\_

¿Qué temas, que no se han tratado, incluiría?: \_\_\_\_\_

¿Qué le han parecido las actividades realizadas?

- Interesantes*
- Pasables*
- Aburridas*

¿Cree que ha aprendido algo útil para mejorar su familia y la educación de sus hijos?

- He aprendido muchas cosas útiles*
- He aprendido algunas cosas útiles*
- No he aprendido nada útil.*

¿Cree que aplicará lo que ha aprendido en su vida familiar?

- Seguro que sí.*
- Es posible*
- Probablemente no.*

¿Le aconsejaría a sus amigos participar en una actividad como ésta?

- Sí*
- No*
- Tal vez.*

¿Participaría usted en otra actividad como ésta en la que se trataran otros temas?

- Sí*
- No*
- Tal vez.*

Si desea hacer alguna observación o comentario sobre la actividad, puede hacerla en el reverso de esta hoja.

## 7. BIBLIOGRAFÍA.

- Arbex, C. (2.003). *Guía para trabajar el cómic ¿Qué me puchelas?*. Madrid. FSGG.
- Arbex, C. (2.002). *Talleres para jóvenes gitanos. Prevención del uso de drogas. Programa Romano Sastipen*. Madrid. FSGG.
- Arbex, C. (2.001). *Talleres de prevención para familias gitanas*. Madrid. FSGG.
- Arbex, C. (1.998). *¿Qué me puchelas?. Un tebeo para la prevención del SIDA*. Madrid. FSGG.
- Arza, J., García Lalinde, G. et al. (2.005). *Mediación en salud. Educación para la salud, reducción de daños y apoyo entre iguales en el medio penitenciario*. Madrid. Grupo GID y Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.
- Arza, J. (2.005). *Saber beber... o no beber. Taller para la prevención del uso problemático de alcohol, adaptado para trabajar con población gitana*. Madrid. FSG.
- Arza, J. y Carrón, J. - FAD (2.005). *Famired*. Madrid. FAD.
- Arza, J. (2.004). *Estos calós sí que chanelan. Un folleto sobre el alcohol para nosotros, los gitanos*. Madrid. FSGG.
- Arza, J. y Carrón, J. - FAD (2.004). *¿Y tú qué haces?”. Participa en tu comunidad*. Madrid. FAD.
- Arza, J. (2.003). *El que más chanela, mejor decide*. Madrid. FSGG.
- Becoña, E. (2.002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid. Plan Nacional sobre Drogas.
- Carrero, M<sup>a</sup>.V. et al. (2.003). *Manual práctico sobre el uso de la información en programas de prevención del abuso de alcohol en jóvenes*. Madrid. Colegio Oficial de Psicólogos.
- Echauri, M., Pérez Jarauta, M<sup>a</sup>.J. y Salcedo, M<sup>a</sup>.A. (2.000). *Estilos de vida. Protocolos para profesionales. Educación y comunicación en consulta individual*. Navarra. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Instituto de Salud Pública.
- FSG (2.004). *Documento de referencia Salud y Comunidad Gitana*. Madrid. Fundación Secretariado Gitano y Ministerio de Sanidad Y Consumo.

- García Lalinde, G. et alt. (2.004). *Guía para la formación de usuarios/as de drogas como agentes de salud. Bola de nieve*. Madrid. Grupo GID.
- Fishbein, M., Ajzen, I. (1.980). "Understanding attitude and predicting behavior". New York. Prendice Hall.
- Insúa, P. (dirección) (1.999). "Programa de formación para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas. Manual de educación sanitaria". Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- ONUSIDA (2.000). "Educación inter pares y VIH/SIDA: conceptos, usos y problemas". ONUSIDA. Ginebra (Suiza).
- Svenson, G.R. et alt. (1.998). "Directrices europeas para la educación entre iguales sobre el SIDA a jóvenes". Comisión Europea.
- Trautmann, F. y Barendregt, C. (1.994). "Manual europeo de apoyo entre usuarios de drogas por vía intravenosa". Instituto Holandés de Alcohol y Drogas (NIAD). Utrecht.