



Grado de Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2020/2021

Convocatoria Junio

Modalidad: Diseño de una propuesta de intervención

Título: Promoción comunitaria de la salud en la infancia gitana.

Autora: Lucía Sáez Risueño

Tutora: María de la Torre Esteve

Elche a 04 de junio de 2021

Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
2.1. Población gitana y salud	4
2.1.1. Contexto de la población gitana	4
2.1.2. Estudios de salud sobre población gitana	5
2.1.3. Salud en la infancia y adolescencia gitana	6
2.2. Determinantes sociales y salud en población gitana	6
2.3. Intervención comunitaria y salud	7
3. Método	8
3.1. Sujetos.....	8
3.2. Variables e instrumentos.....	8
3.3. Descripción de la intervención propuesta.....	10
3.4. Establecimiento de necesidades y condiciones básicas de la comunidad.....	11
3.5. Establecimiento de metas y objetivos.....	12
3.6. Programas basados en buenas prácticas.....	12
3.7. Actuaciones futuras.....	14
4. Discusión y conclusiones	16
5. Referencias bibliográficas	18
6. Anexos	23
Anexo A.....	23
Anexo B.....	26
Anexo C.....	34
Anexo D.....	41

Resumen

A lo largo de los años se ha constatado un peor estado de salud en la población gitana respecto a la población general en Europa y España, pese a las acciones efectuadas para su mejora. Esta situación está relacionada con los determinantes sociales de la salud, especialmente con la exclusión y las inequidades a las que se enfrentan. El objetivo de este trabajo es adaptar el modelo de intervención comunitaria *Getting To Outcomes* (GTO) para desarrollar estrategias que mejoren la salud de las niñas y niños gitanos participantes en los programas de Educación Primaria de la Fundación Secretariado Gitano de Elche, concretamente en las áreas de alimentación y actividad física. La intervención consta de diez pasos desde la evaluación de necesidades hasta la sustentabilidad del programa. Se basa en el eje de equidad y participación gitana. El desarrollo del programa tiene un carácter temporal hasta conseguir la plena inclusión de la población gitana en la atención de los mismos recursos que el resto de la población. La interpretación de los resultados obtenidos en las evaluaciones debe orientar las acciones futuras.

Palabras clave: salud, población gitana, determinantes sociales, equidad, alimentación, actividad física



Introducción

Población gitana y salud

Contexto de la población gitana

La población gitana constituye la minoría étnica más grande de Europa. Se estima que residen de 10 a 12 millones en todo el continente (Comisión Europea, 2020). Sin embargo, desde hace varios años, los informes de organizaciones internacionales y de la UE han dado la voz de alarma sobre las condiciones de vida y las violaciones de los derechos fundamentales de las personas romaníes.

Debido a la grave situación en la que se encuentran, se han llevado a cabo diferentes acciones para mejorar su calidad de vida. *Decade of Roma Inclusion 2005-2015* fue una iniciativa adoptada por 12 países europeos, incluida España, donde se proporciona un marco de referencia para trabajar en pro de la inclusión del pueblo gitano y frenar la grave discriminación y pobreza sobre las comunidades romaníes. Posteriormente, la Comisión Europea lanzó un Marco Europeo de estrategias nacionales de inclusión de las personas gitanas hasta 2020. Se establecieron cuatro áreas de intervención: empleo, educación, vivienda y salud. Este último ámbito tiene como objetivo disminuir las desigualdades en salud entre las personas gitanas y la población general.

En España, el pueblo gitano también forma la principal minoría étnica (La Parra, Gil-González y Jiménez, 2013) y está presente en el país desde hace más de medio milenio. A pesar de ello, no existe un censo donde se recoja información de la población gitana española. Se estima que el número de personas gitanas oscila entre 800.000 y 1.500.000 (Lorenzo, 2014). Desde la entrada en la península de las personas de etnia gitana se han sucedido órdenes, leyes y disposiciones con evidentes elementos discriminatorios y represivos, como las más de 280 pragmáticas promulgadas contra el pueblo gitano. A pesar de la derogación de una legislación discriminatoria directa con la llegada de la democracia, los efectos de esta historia se mantienen en la actualidad (Arza y Carrón, 2015), ya que la población gitana se encuentra entre los sectores más afectados por la discriminación y en situación de desigualdad.

Por ello, en España se han llevado a cabo diferentes acciones en pro de la población gitana (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014), siendo las más destacadas: La Proposición no de Ley sobre la creación de un Plan Nacional de Desarrollo Gitano (1985), la creación de la *Subcomisión para el estudio de la problemática de la población gitana* por el Congreso de los Diputados (1999), el Plan Nacional de Inclusión Social del Reino de España (2008-2010), el Plan de Acción para la Población Gitana (2010-2012) y la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España (2012-2020).

Estudios de salud sobre población gitana

En Europa se constatan numerosas diferencias en la salud entre la población gitana y la general. El Roma Health Report (Matrix, 2014) encuentra que los problemas de salud limitan las actividades diarias de un tercio de las personas gitanas, que el 66% no puede pagar los medicamentos frente al 29% de la población mayoritaria y que el 15% de las personas gitanas menores de 14 años no están vacunadas en comparación con el 4% de la población general. También muestra mayores tasas de mortalidad infantil y enfermedades, falta de datos sobre vacunación, mayor tabaquismo, problemas con el uso y acceso a servicios sanitarios y estilos de vida saludables más bajos, especialmente de dieta y actividad física. Diferentes organismos internacionales han denunciado que el 80% de las personas gitanas europeas tienen una esperanza de vida hasta 15 años menor que la población no gitana (Miranda, García-Ramírez, Balcázar, Suárez-Balcázar, 2019).

Asimismo, es escasa la investigación sobre esta población. A lo largo de los años se ha enfocado en enfermedades transmisibles, estudios genéticos y anomalías congénitas (Ferrer, 2003). Apenas existen estudios sobre las enfermedades con mayor prevalencia e impacto negativo sobre las personas gitanas.

En España, el Ministerio de Sanidad ha realizado encuestas nacionales de salud desde el año 1987 sin reflejar el origen étnico, lo que imposibilita distinguir a la población romaní entre la muestra (La Parra, Gil y de la Torre, 2015). En 2006 se llevó a cabo el primer estudio acerca de la población gitana con una metodología equiparable a la Encuesta Nacional de Salud (La Parra et al. 2013). Algunos de los resultados, en comparación con la población general, son: la presencia de mayores porcentajes de enfermedades, factores de riesgo cardiovascular, mujeres gitanas con sobrepeso, obesidad y problemas de salud, mayor frecuencia de alimentación poco saludable y menores niveles de acceso al sistema sanitario preventivo.

Posteriormente, en la Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2014 se encuentran peores resultados en numerosos indicadores en comparación con la población general en el estado de salud, acceso a servicios y estilos de vida. De este último indicador se extrae la mayor presencia de estilos de vida poco saludables debido a un menor consumo de fruta, verduras, hortalizas y lácteos, menor frecuencia de desayunos, mayor consumo de legumbres, huevos y carnes, menores porcentajes de actividad física, registrando una disminución en la población más joven y mayor tasa de obesidad y sobrepeso. Son muy notables los datos de las niñas, de un 42.1% frente al 19.8% con sobrepeso u obesidad de la población general y de los niños, de un 58.5% frente a un 32%, habiendo aumentado respecto al 32.7% de 2006.

En la Comunidad Valenciana se aprobó la Estrategia Valenciana para la Igualdad y la Inclusión del Pueblo Gitano 2018-2023. Respecto al área de la salud, los objetivos

establecidos son conocer la situación de salud de la población gitana, establecer un plan de actuación, garantizar la equidad de acceso a los recursos sanitarios, avanzar hacia un Sistema Valenciano de Salud inclusivo, promover unos hábitos saludables en la población gitana, especialmente en la infancia y la juventud y mejorar la situación de salud específica de las mujeres gitanas. El segundo eje consta de dos líneas estratégicas, siendo la primera combatir el antigitanismo y fomentar el reconocimiento y la visibilización y la segunda, participación. Finalmente, se incluyen dos líneas transversales para cada una de las líneas estratégicas, la primera sobre igualdad de género y la segunda acerca de la infancia y adolescencia.

Salud en la infancia y adolescencia gitana

La infancia y la adolescencia gitana, a pesar de ser la población prioritaria para la intervención en la actual Estrategia Nacional, apenas se han realizado estudios e investigaciones sobre su estado de salud y las desigualdades en comparación con la población general.

Según Ferrer (2003) la población infantil romaní muestra un importante problema de desigualdad y utiliza en menor medida los servicios sanitarios. En un estudio comparativo (Sánchez et al., 2002) se halla que la infancia gitana asiste en menor proporción (58%) a programas de niño sano frente a la no gitana (97%), a la vez que se observa mayor tasa de hospitalización y asistencia a urgencias.

De acuerdo a los indicadores mayormente empleados por la comunidad científica internacional para evaluar las desigualdades en salud, se podría concluir que la situación de la población gitana respecto a la salud es deficiente en comparación con la población general. Según gran parte de la literatura científica, esta situación se relaciona con la carencia de equidad en oportunidades para la vida y el acceso y uso de los recursos (Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo y Fundación Secretariado Gitano).

Determinantes sociales y salud en población gitana

Además de encontrar peores resultados en salud, en un gran número de indicadores es posible observar un empeoramiento significativo del estado de salud en relación con la posición económica, lo que se denomina gradiente social. El estudio de La Parra et al. (2015) en España muestra que incluir a la población gitana en el análisis de las desigualdades sociales en salud amplía el gradiente social. Esto significa que a medida que se desciende en el nivel de clase social, se observa un empeoramiento de la salud, encontrando a la población gitana en un gradiente inferior a las personas de la población general con una clase social más baja.

Según el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de Dahlgren y Whitehead (1991), los niveles de salud vienen explicados por la influencia de factores tales como las condiciones económicas, culturales y del medio ambiente, las condiciones de vida y de trabajo, la influencia social, de estilo de vida y factores individuales. Es por ello que las deficiencias y los problemas en salud de la población gitana se encuentran estrechamente relacionados con los determinantes sociales de la salud (Matrix, 2014).

La producción investigadora que aborda los determinantes sociales de la salud en base a la identificación de las desigualdades es muy escasa, lo que resulta en la insuficiencia de datos (Observatorio de Salud Pública de Cantabria, 2012). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera los procesos de exclusión social como la mayor causa de desigualdad en salud entre migrantes y minorías étnicas. La Parra et al. (2015) indican que los altos niveles de exclusión social de esta comunidad en empleo, vivienda, educación o antigitanismo pueden explicar la exclusión social en salud, aunque el sistema de salud español es universal y garantiza el derecho de todas las personas a la asistencia sanitaria.

Así, la FSG (2019) encuentra que solo el 17% de las personas gitanas han completado la E.S.O. frente al 80% de la población general, que el 92% está en riesgo de pobreza según la tasa AROPE y que el 46% de los hogares se encuentra en situación de extrema pobreza. Además, la tasa de pobreza infantil es del 89% frente al 31% de la población general y la de paro del 52%, siendo su presencia en el mercado laboral marcada por la precariedad y la débil protección.

Todos estos factores repercuten y promueven el mantenimiento de las desigualdades sociales, limitando el acceso o la utilización de los recursos, servicios, capacidades y derechos y determinando el estado de bienestar y calidad de la población excluida. Ferrer (2003) indica que la primera condición para realizar diseños de intervención adecuados a la población romaní es el conocimiento de las desigualdades en salud en las que se encuentran. En este punto, se hace necesario un enfoque de determinantes sociales en salud fundamentado en los procesos de exclusión social y sus consecuencias sobre las distintas áreas de la vida de las personas gitanas (La Parra, Gil-González, Jiménez, 2013).

Intervención comunitaria y salud

Se considera pertinente, por tanto, no solo intervenir a nivel individual en población gitana, sino analizar el efecto del contexto y la comunidad sobre las personas. El Modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) aporta una perspectiva holística, exponiendo que factores de los diferentes niveles (microsistema, organizaciones, localidades y macrosistema) influyen sobre la vida de la persona, a la vez que esta puede afectar y cambiar el contexto. Centrarse únicamente en el nivel individual de análisis supondría

alterar, reorganizar o reemplazar los miembros de un grupo. Sin embargo, al intervenir a un nivel contextual de análisis, es posible cambiar las relaciones de un grupo, las metas compartidas, reglas, roles y relaciones de poder, por lo que se producirían cambios más profundos y estables. De este modo, se evita la “culpabilización de la víctima” y el “error de minimización del contexto” (Ryan, 1971), es decir, asumir que los problemas son causados por deficiencias en los individuos y pasar por alto factores como las condiciones económicas, el macrosistema y demás.

En este sentido, se considera importante que la transformación provenga de las propias personas implicadas para que los cambios sean efectivos y duraderos. Para ello, en la intervención es fundamental fomentar el empoderamiento de las personas gitanas, esto es, el acceso a los recursos y el ejercicio del poder en la toma de decisiones colectivas.

El objetivo de este trabajo es adaptar el modelo *Getting To Outcomes* (GTO) para desarrollar estrategias que mejoren la salud de las niñas y niños gitanos participantes en los programas de la FSG de Elche.

Método

Sujetos

Esta propuesta es elaborada para los niños y niñas participantes de los programas educativos de la FSG de Elche y sus familias.

La FSG es una entidad social intercultural sin ánimo de lucro en todo el territorio español, cuya misión es la promoción integral de la comunidad gitana desde el respeto y el apoyo a su identidad cultural. Los usuarios y usuarias de la FSG son personas de etnia gitana. Concretamente, en los programas de Educación Primaria son niñas y niños a partir de 6 años que presentan una asistencia regular al centro educativo, están comprometidos con el contenido del programa y existe conformidad y compromiso con las familias y sus centros.

Variables e instrumentos

Para evaluar las necesidades iniciales se emplea el cuestionario elaborado a partir de la Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2014 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Se ha realizado un cuestionario dirigido a menores y otro para las familias (Anexo B y C). Ambos evalúan las variables sociodemográficas, el estado de salud y los hábitos de vida.

También se forma una batería de cuestionarios sobre el estado de salud que se aplican en el pretest y postest. Se aplica a las familias:

Las subescalas **Contenido calórico de la dieta** y **Preocupación por una alimentación saludable** del *Cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad* (Pardo et al., 2004). La primera subescala recoge la preocupación por el contenido calórico de la dieta y las conductas relacionadas con una alimentación saludable. La segunda, el tipo de alimentos que consume una persona interesada en mantener una alimentación saludable. Los factores constan de 8 y 6 ítems respectivamente con un formato de respuesta tipo Likert desde 1 (*Nunca*) hasta 5 (*Siempre*), donde a mayor puntuación obtenida significa una conducta alimentaria más saludable. El cuestionario ha presentado valores adecuados de consistencia interna, con índices de $\alpha=.82$ y $\alpha=.76$ respectivamente.

La subescala de **Creencias** del *Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida* (Arrivillaga, Salazar y Gómez, 2002). Consta de 47 ítems y evalúa seis dimensiones del estilo de vida: condición, actividad física y deporte; tiempo de ocio; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y sueño. Tiene un formato de respuesta tipo Likert con cuatro alternativas con un rango de “totalmente de acuerdo” a “totalmente desacuerdo”. Las categorías de calificación establecidas según el grado de presencia de creencias favorables para la salud son: Muy Alto, Alto, Bajo y Muy Bajo. El nivel de fiabilidad es alto ($\alpha=.87$).

Se aplica a los y las menores:

La adaptación española del cuestionario **Assessment of Physical Activity Levels Questionnaire (APALQ)**, instrumento de auto-informe elaborado por Telama, Viikari y Valimaki (1985) y adaptado por Ledent, Cloes y Piéron (1997). Está formado por cinco cuestiones sobre actividad física con un formato de respuesta tipo Likert del 1 al 4 o del 1 al 5 dependiendo de la pregunta evaluada. Mayor puntuación indica niveles más altos de actividad física.

La adaptación del cuestionario **Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire (CASPPQ)** (Moore, 1995) por Urpí-Fernández, Zabaleta-del-Olmo, Tomás-Sábado, Tambo-Lizalde y Roldán-Merino (2020) al contexto de la población española donde se evalúa el desarrollo de las prácticas de autocuidado en población infantil. Consta de 35 ítems con escala de respuesta tipo Likert desde 1 (*Nunca*) hasta 5 (*Siempre*). La consistencia interna global es satisfactoria ($\alpha\geq.70$) y similar al cuestionario original ($\alpha=.83$) (Jaimovich et al., 2009).

La **Evaluación de la Autoestima en Educación Primaria (A-EP)** (Ramos, Giménez, Muñoz-Adell y Lapaz, 2006). Es un autoinforme para evaluar la autoestima en Educación Primaria. Contiene 17 ítems con tres alternativas de respuesta desde 0 hasta 2. El resultado es una única puntuación donde a mayor valor significa niveles más altos de autoestima. El nivel de fiabilidad es adecuado ($\alpha=.76$).

La escala de **Regulación Emocional** del *Cuestionario de Desarrollo Emocional para Niños CDE-9-13* (Pérez-Escoda y López, 2013). Es un cuestionario de autoinforme cuya escala mide la capacidad para manejar las emociones. Tiene un formato de respuesta tipo Likert con 11 puntos. El índice de consistencia interna es adecuado ($\alpha=.85$) para la escala global.

La escala **Autocontrol Criterial** del *Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescentes* (CACIA) (Capafóns y Silva, 1995). Evalúa el autocontrol entendido desde un punto de vista conductual, es decir, el esfuerzo consciente de la persona por modificar sus reacciones. Está formada por 10 ítems y muestra unos coeficientes satisfactorios de fiabilidad (α entre 0.50 y 0.79) dada la heterogeneidad de los factores evaluados.

La adaptación española por De la Peña, Hernández y Rodríguez (2003) de la **Escala de Comportamiento Asertivo (CABS)** de Wood y Michelson (1979). Evalúa el estilo de resolución de problemas asertivo frente al no asertivo. Se aplican sus dos versiones: la prueba Tipo I, con 10 ítems, para Primer ciclo de Educación Primaria y la Tipo II, con 8 ítems, para escolares de los ciclos superiores de primaria, adaptándose cada escala al período evolutivo correspondiente. Presenta tres alternativas de respuesta, donde los resultados señalan una conducta agresiva, inhibida o asertiva. Las escalas tienen una fiabilidad de $\alpha=.72$ y $\alpha=.65$ respectivamente, considerado satisfactorio por los autores.

Descripción de la intervención propuesta

Inicialmente, la intervención ha sido diseñada para aplicar el modelo *Getting To Outcomes (GTO)* (RAND Corporation) completo junto a las personas de la FSG de Elche y demás participantes, pero la situación de Estado de Alarma y la actual Pandemia por COVID-19 ha impedido su desarrollo tal y como estaba previsto. Concretamente, solo se han podido desarrollar, parcialmente, los seis primeros pasos del modelo *GTO*. En el siguiente apartado se exponen los resultados alcanzados y se realiza una propuesta para continuar la aplicación del programa a partir del sexto paso del modelo *GTO*.

En primer lugar, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica donde se ha estudiado en profundidad la comunidad objetivo y las variables que influyen sobre su salud. Gracias al desarrollo de las estancias prácticas se ha conocido *in situ* a la población sobre la que se pretende intervenir, sus características y sus necesidades.

Por consiguiente se ha seleccionado un modelo concreto de intervención comunitaria que es adecuado a las acciones a realizar. El *GTO* permite incorporar principios de programación efectivos y asociados con resultados positivos y asegurar que la intervención está sustentada en una teoría de cambio comprobada. También aplica el modelo de factor de riesgo y protección que resulta apropiado para comprender los elementos que intervienen en el problema y comprende diferentes niveles como individuos, familia, escuela y

comunidad. Finalmente, en el modelo se aplican 10 pasos para integrar todas las fases y componentes desde la evaluación inicial hasta la sustentación del programa, los cuales se detallan en los siguientes apartados.

Establecimiento de necesidades y condiciones básicas de la comunidad

PASO 1. Establecimiento de necesidades y condiciones básicas de la comunidad.

Para determinar las necesidades y condiciones básicas de la comunidad, en primer lugar, se forma un comité de evaluación constituido por el personal de la FSG, familias y otras instituciones e informantes clave y se distribuyen las funciones y tareas. También se lleva a cabo el acercamiento a la población en las sesiones de refuerzo educativo y por contacto telefónico.

En segundo lugar, se procede a examinar los datos disponibles para evaluar los factores de riesgo y de protección analizando datos archivados de fuentes bibliográficas y de la FSG.

En tercer lugar, se establece el método para recopilar datos. Inicialmente, se obtiene el compromiso de las personas implicadas explicando cómo se utilizan los datos (Anexo A). También se invita al grupo a personas de otras organizaciones como el personal docente de los centros educativos, la Asociación Gitana Illicitana de Carrús o de la Iglesia Evangélica del barrio. Además, se cuenta con canales informales y relaciones personales adicionales. Los métodos específicos para reunir datos son la entrevista a informantes clave, la encuesta a las familias (Anexo B y C), grupos focales, mapa de recursos y de los problemas de la comunidad y clima ambiental.

Tras analizar e interpretar los datos mediante métodos cuantitativos y cualitativos y examinar las relaciones entre los niveles individuales, contextuales y comunitarios, se seleccionan los factores de riesgo y de protección prioritarios. Se escogen según los riesgos más predominantes en la comunidad, que tienen peores consecuencias, que pueden modificarse según el tiempo y presupuesto, que son fácilmente medibles, que no están siendo tratados y que muestran mayor probabilidad de resultados positivos.

De acuerdo al conocimiento adquirido de la comunidad y sus necesidades, se establecen como factores de protección la identidad cultural, el apoyo comunitario y familiar y el papel de la mujer en la comunidad, ya que tiende a ser educadora, cuidadora y transmisora de normas y valores, por lo que el trabajo con ella genera un efecto multiplicador y presenta mayor permeabilidad al cambio. También la mayor formación académica y participación de los jóvenes gitanos y gitanas, la transferencia de modelos de éxito y las normas y conductas de la Iglesia Evangélica relacionadas con el cuidado de la salud.

Los factores de riesgo encontrados son el concepto de salud como ausencia de enfermedad y su asociación con la muerte, lo que dificulta la prevención y la promoción de la salud y promueve el abandono del tratamiento y las indicaciones en cuanto desaparecen los síntomas. Asimismo, el sedentarismo, la sobreprotección de las mujeres jóvenes y la relegación de la salud de la mujer a último lugar por su papel de cuidadora.

Finalmente, se tiene en cuenta el colectivismo frente a la individualidad y la vivencia de la salud y la enfermedad en familia como factores que pueden mediar los resultados.

Establecimiento de metas y objetivos

PASO 2. Establecimiento de metas y objetivos.

La meta del programa es mejorar el nivel de salud a través de aumentar la actividad física y la alimentación equilibrada en niños y niñas de los programas de Educación Primaria de la FSG de Elche.

Los objetivos del programa son:

- Incrementar un 15% el consumo de una alimentación equilibrada y la práctica de hábitos alimenticios saludables.
- Incrementar un 15% la realización de actividad física en niñas y niños gitanos.
- Incrementar los conocimientos sobre salud, alimentación y actividad física para facilitar el desarrollo de conductas de salud.
- Aumentar la corresponsabilidad en el cuidado de la salud niñas y niños gitanos para desarrollar habilidades y competencias sobre las conductas de salud.
- Aumentar la autoestima, el autocontrol, la regulación emocional y las habilidades de comunicación para gestionar situaciones de estrés o dificultad, establecer límites y controlar la ingesta de alimentos.
- Garantizar la puesta en marcha y sustentabilidad del programa a través de su implementación por parte de profesionales que intervienen en esta población y la formación futura de agentes de salud.

Para alcanzar los objetivos de la intervención propuesta, se procede a la búsqueda de programas con resultados de investigación y a su respectiva adaptación a las características de la población destinataria.

Programas basados en buenas prácticas

PASO 3. Integración de programas basados en resultados de investigación para alcanzar la meta.

La elección de programas sigue los criterios de calidad y adecuación de la evaluación y del análisis de resultados, del grado en que se basa es un modelo bien definido y se evidencia la consecución de los objetivos.

Se selecciona el programa *Choice, Control & Change* de Contenido, Koch, Lee y Calabrese-Barton (2010), cuyos resultados en jóvenes con bajo nivel económico son la disminución del consumo de bebidas azucaradas, *snacks* envasados y comida rápida, del tiempo de exposición a pantallas, el incremento de la intención de caminar para hacer ejercicio y de las expectativas positivas de resultados sobre los comportamientos, autoeficacia, competencia y autonomía. De él se implementan la metodología y las teorías de la *Autodeterminación* de Deci y Ryan (1985) y la *Teoría Social Cognitiva* de Bandura (1977). La primera teoría interviene sobre las variables intención, capacidades de comportamiento y motivación autónoma y la segunda sobre las variables expectativas de resultados, autoeficacia y autorregulación.

Asimismo, el programa *Previene. Programa de "Alimentación y Actividad Física Saludables"* de Lineros et al. (2016) proporciona actividades y guías didácticas sobre alimentación y actividad física en niños, niñas y familias.

El *Programa Pipo* de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud (2013) ofrece material didáctico sobre las pautas de alimentación y actividad física de población infantil y juvenil.

Finalmente, el programa *Equi-Sastipen-Rroma* (Red Equisastipen, 2015) como herramienta para la intervención en salud con la comunidad gitana. Específicamente, para la promoción de la salud se utiliza el modelo *Peer Worker*.

PASO 4. Acciones para que el programa seleccionado sea adecuado en el contexto de la comunidad.

Para ajustar los modelos de las buenas prácticas al programa y al contexto de la comunidad, en primer lugar, se adapta el programa *Choice, Control & Change* de Contenido, Koch, Lee y Calabrese-Barton (2010) en cuanto a los factores de riesgo y protección de la población objetivo; del personal y del lugar, impartándose en la FSG por los y las monitoras con la función de *Peer Worker* y referentes positivos; la incorporación del trabajo con las familias y el número, horario y duración de las sesiones.

En la puesta en marcha de las sesiones se da una acogida al grupo, se realiza un resumen de las ideas de la sesión anterior y una presentación motivadora del trabajo a realizar durante la sesión. Para introducir el tema, se emplea una aproximación inductiva, es decir, partir de los conocimientos concretos del grupo para complementarlos a través de nuevos contenidos. También se crean espacios para hablar sobre motivaciones, expectativas, intereses y experiencias con el objetivo de desarrollar aprendizajes significativos. En este sentido, la información es transmitida de manera horizontal y bidireccional, fomentando la participación, empleando técnicas interactivas para estimular la búsqueda activa de los conocimientos y vinculando los contenidos con aspectos

relacionados con sus experiencias, sus sentimientos, sus valores y sus estilos de vida. Para cerrar las sesiones se extraen conclusiones, se realiza una dinámica para evaluar el proceso del grupo y la presentación de la siguiente sesión. Si es el caso, se dedica tiempo a explicar la tarea para realizar en casa y analizarla en la siguiente sesión.

Por otro lado, los contenidos del programa de Lineros et al. (2016) y del *Programa Pipo* se adaptan a la competencia lingüística de las familias, así como a sus códigos y ritmos.

PASO 5. Capacidades organizacionales necesarias para implementar el programa.

Las capacidades humanas requeridas para el programa son el personal de la FSG de Elche y una persona especialista en nutrición para el apoyo puntual del equipo de trabajo.

Las capacidades económicas se dividen en financiación pública y privada. La primera se solicitaría al Ayuntamiento de Elche, a la Diputación Provincial de Alicante y a la Generalitat Valenciana. La segunda se solicitaría a la Fundación La Caixa y a la Open Society Foundations.

Las capacidades de enlaces estructurales y formales necesarias son informantes clave, los líderes de la Iglesia Evangélica, la Asociación Gitana Illicitana de Carrús, los centros educativos y otros profesionales de la salud.

Las infraestructuras y espacios precisados son el centro de la FSG de Elche, el Centro Social Polivalente Carrús, el Centro Sociocultural Palmerales, Ciudad Deportiva Juan Ángel Romero y Jardín Huerto del Cura.

Actuaciones futuras

PASO 6. Plan del programa

En este paso, se ha diseñado la intervención para su posterior implementación en la FSG de Elche. Para ello, se han adaptado las buenas prácticas seleccionadas a las necesidades, capacidades organizacionales y contexto de la población destinataria. El plan del programa se puede observar en el Anexo D. Este consta de 12 sesiones de 90 minutos aproximadamente ajustado a la disponibilidad de las familias. Se plantea en grupos pequeños compuestos por las familias y los y las menores, si bien en ciertas sesiones se realizan las actividades por separado. Se imparte por el personal de la FSG, teniendo las y los monitores la función de *Peer Worker*.

Se trabaja sobre la mejora de las variables: expectativas de resultados, capacidad de comportamiento, intención, autorregulación, autoeficacia, motivación autónoma, corresponsabilidad en el cuidado de la salud, regulación emocional, autocontrol, autoestima y habilidades de comunicación.

PASO 7. Evaluación de la calidad del programa y la implementación

El objetivo de este paso es evaluar el proceso para determinar qué actividades son implementadas, la calidad de la implementación y sus puntos fuertes y débiles con el fin de reforzar y mejorar el programa a corto y largo plazo. Para evaluar el grado en que el programa siguió el plan básico de intervención se emplea un registro. Al finalizar cada sesión se apunta el nombre del componente, fecha, nivel de implementación de acuerdo al plan, número previsto y real de asistentes, logros previstos y reales del programa y problemáticas. Para evaluar cómo percibe el personal al programa se llevan a cabo grupos de enfoque, para el nivel de satisfacción de las personas participantes se utilizan encuestas de satisfacción al finalizar el programa y para el nivel de asistencia y participación se emplean listas de verificación.

PASO 8. Evaluación de los resultados

Para la evaluación de los resultados se establece un diseño mixto formado por una evaluación cuantitativa y otra cualitativa. La primera se realiza mediante pretest y postest con grupo control y grupo experimental cuyas variables e instrumentos están detallados en el apartado correspondiente. La evaluación cualitativa se lleva a cabo en grupos focales y entrevistas individuales, desarrollando un análisis de contenido.

PASO 9. Estrategias de mejora continua de calidad

El objetivo de este paso es la mejora continua de la calidad del programa mediante la evaluación de la planificación, implementación y resultados. Para ello, se establece una evaluación a medio y largo plazo con la *Mesa de Salud* del barrio y el comité de expertos, formado por el personal de la FSG y otros organismos locales para determinar los aspectos a mejorar del programa.

Se evalúa mediante entrevistas cualitativas, mapeo y revisión de nuevas investigaciones si han cambiado las necesidades, recursos, metas, resultados esperados o población diana, si hay nuevas y mejores tecnologías o prácticas basadas en la evidencia y si el programa continúa siendo adecuado para la comunidad. A través de un estudio y evaluación de fondos se determina si han cambiado los recursos disponibles para cubrir las necesidades identificadas y por medio de encuestas y grupos focales las sugerencias de mejora. Finalmente, se emplean listas de verificación y autoevaluación organizacional para definir el grado y la fidelidad de implementación del programa realizado a la vez que las conclusiones del proceso de evaluación del programa.

PASO 10. Sustentabilidad del programa

Para la continuidad del programa tras la finalización de los fondos iniciales se procede a la búsqueda de implicación de las instituciones, dado que los objetivos del programa son consistentes con las estrategias en la Comunidad Valenciana y a nivel local. También a la integración con los programas y servicios existentes y a la adecuación con la FSG de Elche y la comunidad.

Además, la intervención se basa en la presencia de personas referentes para los y las menores y en la formación de agentes de salud en la comunidad para continuar con la programación, capacitar a otras personas y formar grupos de apoyo, con el fin de tener efectos duraderos. Finalmente, también se propone dar visibilidad al programa y buscar recursos adicionales mientras se lleva a cabo.

Discusión y conclusiones

Las dificultades surgidas durante este último año debido a la situación sanitaria y la actual Pandemia por COVID-19 han hecho imposible la implementación de la evaluación y la puesta en marcha del programa. Se espera su puesta en marcha próximamente.

La intervención trata de buscar la participación gitana en todos sus pasos, desde el diseño y recogida de datos hasta su evaluación, tratando de responder a los códigos, ritmos y otras características de la misma para no fomentar la aculturación así como aproximarse desde el eje de equidad.

Elaborar conclusiones de las evaluaciones requiere especial atención a los valores y al contexto, no únicamente a los datos, manteniendo su rigurosidad. La calidad y utilidad de la información que se recoge en este programa depende del contexto en el que se obtiene y, sobre todo, de la relación entre las personas investigadoras y participantes. En este sentido, es importante devolver los resultados a la comunidad en términos sencillos para enriquecer el entendimiento sobre los mismos. También para facilitar la acción hacia actuaciones que promuevan la justicia social y el bienestar de sus miembros, produciendo productos útiles para la misma y basando la acción en los resultados de la investigación.

La adecuación del programa a las necesidades del ambiente y la comunidad anfitriona aumenta la probabilidad de la supervivencia del programa una vez se agoten los fondos. Como acciones futuras orientadas a la sustentabilidad de la intervención se propone la formación de agentes de salud de la comunidad gitana.

No obstante, tras su implementación, es necesario determinar si precisa ser sostenido en el tiempo, pues las necesidades o los recursos pueden cambiar. El diseño de esta intervención, más concretamente los últimos pasos, ayudan a responder a esta cuestión.

Las limitaciones de esta intervención son que se plantea a partir de las necesidades y características del grupo de menores y familias de la FSG de Elche. Si se realiza en otro contexto puede ser inadecuada si las personas a las que va dirigida no identifican las necesidades específicas o se implementa como una acción externa al grupo. Puede ser necesario, por tanto, llevar a cabo estrategias para que las personas gitanas identifiquen que son ellas quienes proponen efectuar determinado tipo de cambios en el comportamiento. Se requiere, en consecuencia, negociar y colaborar en la planificación, la gestión y la implementación.

El desarrollo del programa es con un propósito de temporalidad, no de permanencia, ya que el fin último es la inclusión de la comunidad gitana, la equidad, la autonomía y prescindir de intervenciones específicas para garantizar que pueda ser atendida en los mismos recursos que el resto de la población y en las actuaciones de sus profesionales. En este sentido, es importante llevarlo a cabo de forma integral, es decir, junto a acciones en el resto de áreas como educación, empleo o vivienda, ya que cualquier intervención destinada a reducir la exclusión y desigualdad influye sobre la salud, al estar relacionada con los determinantes sociales.

Finalmente, el presente trabajo presenta el Código de Investigación Responsable (COIR) y se ajusta a dos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de Naciones Unidas. Por un lado, al Objetivo 3 de Salud y Bienestar en el que se trata de garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. También, al Objetivo 10 de Reducción de las desigualdades que promueve reducir la desigualdad causada por motivos como el sexo, edad, discapacidad, raza, etnia o religión dentro de España.

Referencias bibliográficas

- Arrivillaga, M., Salazar, I. C. y Gómez, I. (2002). *Prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida de jóvenes y adultos*. Documento de Trabajo. Pontificia Universidad Javeriana.
- Arrivillaga, M. y Salazar, I. C (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología Conductual*, 13 (1), 19-36.
- Arza, J. y Carrón, J. (2015). Comunidad gitana: la persistencia de una discriminación histórica. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 10(2), 275-299. <https://doi.org/10.14198/OBETS2015.10.2.01>
- Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva: Un manual para terapeuta*. Desclee De Brouwer.
- Capafóns, A. y Silva, F. (1995). *Cuestionario de auto-control infantil y adolescente (CACIA)*. TEA Ediciones.
- Catlin, B., Athens, J., Kindig, D. y Remington, P. (2010). *Different perspectives for assigning weights to determinants of health*. Population Health Institute, University of Wisconsin.
- Cautela, J. R. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación: Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Martínez Roca.
- Comisión Europea (2020). *A Union of Equality: EU Roma strategic framework for equality, inclusion and participation for 2020 – 2030*.
- Consejo Estatal del Pueblo Gitano, Ministerio de Sanidad y Política Social y Fundación Secretariado Gitano (2009). *Hacia la equidad en salud. Disminuir las desigualdades en una generación en la población gitana. Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006*. Ministerio de Sanidad y Política Social y Fundación Secretariado Gitano.
- Contento, I. R., Koch, P. A., Lee, H. y Calabrese-Barton, A. (2010). Adolescents demonstrate improvement in obesity risk behaviors after completion of Choice, Control & Change, a curriculum addressing personal agency and autonomous motivation. *Journal of the American Dietetic Association*, 110 (12), 1830–1839. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2010.09.015>
- Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Futures Studies.
- Davis, M., Mc Kay, M. y Eshelman, E. R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Martínez Roca.
- De la Peña, V., Hernández, E., Rodríguez, F. J. (2003). Comportamiento asertivo y adaptación social: Adaptación de una escala de comportamiento asertivo (CABS)

- para escolares de enseñanza primaria (6-12 años). *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 8 (2), 11-25.
- De la Rica, S., Gorjón, L., Miller, L. y Úbeda, P. (2019). *Estudio comparado sobre la situación de la población gitana en España en relación al empleo y la pobreza*. FSG
- Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud (2013). *Programa de intervención para la prevención de la obesidad infantil. Programa Pipo*.
- Dirección General de Salud Pública Ministerio de Sanidad y Consumo y Fundación Secretariado Gitano (2005). *Salud y Comunidad Gitana: Análisis de propuestas para la actuación*.
- Fernández, C., Tedesco, J. C., Sileoni, A., Vollmer, M. I., Díaz, M., Storino, S., Cresta, C., Bahamonde, N., Bulwik, M., Rodríguez, M. y Tignanelli, H. (2009). *Educación alimentaria y nutricional. Libro para el docente*. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y Ministerio de Educación de la Nación (República Argentina).
- Ferrer, F. (2003). El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. *Gaceta Sanitaria*, 17 (3), 2–8.
- Fundación FOESSA (2014). *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Cáritas Española Editores.
- Fundación Secretariado Gitano (2019). *Estudio comparado sobre la situación de la población gitana en España en relación al empleo y la pobreza 2018*.
- Fundación Secretariado Gitano (2009). *Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe: Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain*.
- Generalitat Valenciana. Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusive (2018). *La inclusión del Pueblo Gitano 2018-2023. Estrategia valenciana para la igualdad y la inclusión del Pueblo Gitano*.
- Hunter, S.B, Ebener, P.A., Chinman, M., Ober, A. J. y Huang, C. Y. (2015). *Promoting success: a Getting To Outcomes guide to implementing continuous quality improvement for community service organizations*. RAND Corporation.
- Jurado-Castro, J. M, Llorente-Cantarero, F.J. y Gil-Campos, M. (2019). Evaluación de la actividad física en niños. *Acta Pediátrica Española*, 77 (5-6), 94-99.
- Labrador, F.J., De la Puente, M.L. y Crespo, M. (1995). *Técnicas de control de la activación: relajación y respiración*. En Labrador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (Eds.) Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Pirámide, 367-395.
- La Parra, D., Gil-González, D. y Jiménez, A. (2013). Los procesos de exclusión social y la salud del pueblo gitano en España. *Gaceta Sanitaria*, 27 (5), 385-386.

- La Parra, D., Gil, D. y de la Torre, M. (2015). The social class gradient in health in Spain and the health status of the Spanish Roma. *Ethnicity & Health*, 21 (5), 468-479. <https://doi.org/10.1080/13557858.2015.1093096>
- Ledent, M., Cloes, M., y Piéron, M. (1997). Les jeunes, leur activité physique et leurs perceptions de la santé, de la forme, des capacités athlétiques et de l'apparence. *Sport*, 159/160, 90-95.
- León, J.M., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I.M. (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. Universitat Oberta de Catalunya.
- León, J.M. y Medina, S. (2002). *Psicología Social de la Salud: fundamentos teóricos y metodológicos*. Comunicación Social.
- Linerós, C., Carrasco, R., Leralta, O., Belda, C., García, E., Tercedor, P., Pérez, I., Delgado, M. y Hernán, M. (2016). *Previene. Programa de "Alimentación y Actividad Física Saludables"*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Matrix (2014). *Roma Health Report. Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union*. European Commission. <https://doi.org/10.2772/3140>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación (2016). *Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2014*.
- Miranda, D. E., García-Ramírez, M., Balcázar, F. E. y Suárez-Balcázar, Y. (2019). A community-based participatory action research for Roma health justice in a deprived district in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (19), 3722. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193722>
- Moore, J. B. (1995). Measuring the self-care practice of children and adolescents: instrument development. *Maternal-child Nursing Journal*, 23 (3), 101-108.
- Observatorio de Salud Pública de Cantabria (2012). *Estudio sobre los determinantes sociales de la salud de la población gitana cántabra*.
- Orton, L. Rachel Anderson, R., Stojanovski, K., Gamella, J. F., Greenfields, M., La Parra, D., Marcu, O., Matras, Y., Donert, C., Frost, D., Robinson, J., Rosenhaft, E., Salway, S., Sheard, S., Such, E., Taylor-Robinson, D. y Whitehead, M. (2019). Roma population and health inequalities: a new perspective. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 12 (5), 319-327. <https://doi.org/10.1108/IJHRH-01-2019-0004>
- Pardo, A., Ruiz, M., Jódar, E., Garrido, J., De Rosendo, J. M. y Usán, L. A. (2004). Desarrollo de un cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de

- vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 19 (2), 99-109.
- Parra, I., Alvarez-Roldan, A. y Gamella, J. F. (2017). Un conflicto silenciado: Procesos de segregación, retraso curricular y abandono escolar de los adolescentes gitanos. *Revista de Paz y Conflictos*, 10 (1), 35-60.
- Pérez-Escoda, N. y López, E. (2013). Relación entre la autoestima, la competencia emocional y el rendimiento académico en los alumnos de la educación primaria. Comunicación presentada al *Congreso Internacional Multidisciplinar de Investigación Educativa: Investigación de calidad para mejorar la educación*. Tarragona.
- Ramos, R., Giménez, A. I., Muñoz-Adell, M. A. y Lapaz, E. (2006). *A-EP Cuestionario de Autoestima para Educación Primaria*. TEA Ediciones.
- Red Equisastipen (2015) *Equi-Sastipen-Rroma. Manual para la promoción de la salud en la comunidad Gitana*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ruiz, P. J. (1998). *Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes. Proyecto de promoción de la salud mental para adolescentes y padres de adolescentes*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Sánchez, F.J., Zubiaur, A., Herrero, A., Gallart, M.D., Jiménez, R., Sanguino, L. y Flores, J. (2002). Diferencia étnica en la actividad asistencial de urgencias: aproximación a la realidad gitana. *Anales Españoles de Pediatría*, 56, 17-22.
- Sastre, E., Miranda, M.T., Muñoz, A. y Galdó, G. (2000). Situación de salud entre niños gitanos y no gitanos de una comarca granadina. *Anales Españoles de Pediatría*, 53, 223-8.
- Schultz, J. H. (1980). *Cuadernos de ejercicios para el entrenamiento autógeno*. Científico Médica.
- Shediach-Rizkallah, M. C. y Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: Conceptual framework and future directions for research, practice, and policy. *Health Education Research*, 13 (1), 87-108. <https://doi.org/10.1093/her/13.1.87>
- Stover, J. B., Bruno, F. E., Uriel, F. E. y Fernández, M. (2017). Teoría de la Autodeterminación: una revisión teórica. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 14 (2), 105-115.
- Telama, R., Viikari, J. Y Valimaki, I. (1985). Atherosclerosis precursors in Finnish children and adolescents: Leisure-time physical activity. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 318, 169-180.
- Urpí-Fernández, A. M., Zabaleta-del-Olmo, E, Tomás-Sábado, J., Tambo-Lizalde, E. y Roldán-Merino, J. F. (2020). Adaptación y validación de un cuestionario para evaluar

las prácticas de autocuidado en población infantil sana residente en España.
Atención Primaria, 52 (5), 297-306. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.10.004>.



Anexos

Anexo A

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadora principal: Lucía Sáez Risueño, estudiante del Grado de Psicología en la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Otros Investigadores: María de la Torre Esteve, tutora académica del Trabajo de Fin de Grado de Psicología de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Introducción: Desde la Universidad Miguel Hernández de Elche se va a llevar a cabo un cuestionario sobre salud para los niños y niñas de Educación Primaria de la Fundación Secretariado Gitano (FSG) y sus familias.

El propósito de este estudio es obtener información sobre el estado de salud y los hábitos de vida, concretamente la actividad física y la alimentación, para el diseño de un programa de promoción de la salud.

Participación voluntaria: La participación en este trabajo es totalmente libre y voluntaria, pudiendo negar e incluso revocar el consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar ninguna explicación y sin que eso repercuta en la atención en la Fundación.

Descripción: Se va a llevar a cabo un cuestionario sobre el estado de salud, variables sociodemográficas y los hábitos de actividad física y alimentación con el fin de obtener información para el diseño de un programa de promoción de la salud para niños y niñas gitanas.

El cuestionario va dirigido a los niños y niñas gitanas de la FSG de Elche que cursan Educación Primaria, así como a sus familias. Con ello se pretende conocer sus necesidades respecto a los hábitos de actividad física y alimentación.

La participación consiste en la cumplimentación de un cuestionario sobre salud. La primera parte se llevará a cabo de forma individual por los y las niñas en una única sesión con la entrevistadora. La segunda parte se llevará a cabo con los familiares de forma conjunta.

Se solicita la colaboración para llevar a cabo este estudio y se pide la autorización para analizar los resultados y datos del cuestionario.

Posibles beneficios y riesgos para los participantes: No hay riesgos ni beneficios para los y las participantes.

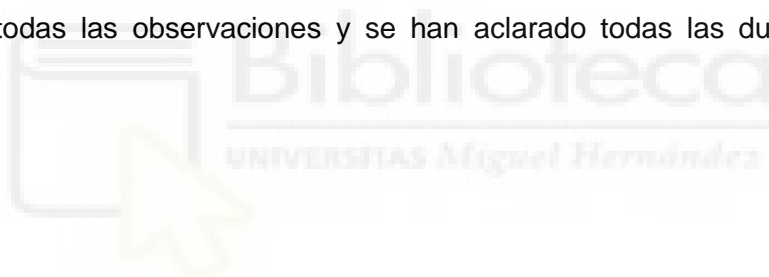
Compensación económica: Por la participación en este trabajo no se proporciona ninguna compensación económica. Tampoco lleva asociado ningún coste económico.

Confidencialidad: La información que se recoge es totalmente confidencial y no se empleará para ningún otro propósito fuera del estricto objetivo del trabajo, cumpliendo con las garantías que establece la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. El estudio se lleva a cabo de acuerdo a la Declaración Helsinki (2000) y al Código Ético de la APA (2002).

Si se decide revocar el consentimiento que ahora se presta, los datos no serán utilizados en ninguna investigación después de la fecha en que haya retirado el consentimiento.

Derecho de los participantes a retirarse del estudio: Los y las participantes tienen derecho a retirarse del estudio cuando lo deseen y ello no lleva ningún coste asociado.

Asimismo, la información y el presente documento se han facilitado con suficiente antelación para reflexionar con calma y tomar una decisión libre y responsablemente. Se han comprendido las explicaciones que se han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, se han podido realizar todas las observaciones y se han aclarado todas las dudas que se han planteado.



En Elche, de de 2021

Firma del/la padre/madre o tutor/a legal

Firma del/la investigador/a

Nombre:

Nombre:

Firma de un testigo

Nombre:

DNI:



Anexo B

CUESTIONARIO ESTADO DE SALUD - FAMILIA

Nº Cuestionario:

Entrevistador/a:

Fecha:

Hora de comienzo:

ES: ESTADO DE SALUD

ES.P01 Para comenzar, se presenta una serie de enfermedades o problemas de salud, ¿cuáles de ellas padece o ha padecido su hijo/a alguna vez?

	<u>SÍ</u>	<u>NS</u>	<u>NC</u>
- Alergia crónica (asma alérgica excluida)	1	8	9
- Asma	1	8	9
- Bronqueolitis	1	8	9
- Diabetes	1	8	9
- Problemas intestinales	1	8	9
- Colesterol alto	1	8	9
- Migraña o dolor de cabeza frecuente	1	8	9
- Caries o problemas bucodentales	1	8	9

ES.P02 En el último año, ¿su hijo/a tenido algún accidente de cualquier tipo? (*incluido intoxicación o quemadura*)

- Sí 1
- No 6 (PASA A HV.P01)

ES.P03 El último accidente de su hijo/a, ¿dónde ha sido?

- En casa, escaleras, portal, etc. 1

- Accidentes de tráfico en calle o carretera 2
- En la calle, pero no fue un accidente de tráfico 3
- En la escuela 4
- En una instalación deportiva, zona recreativa o de ocio 5
- En otro lugar 7
- No sabe 8
- No contesta 9

HV. HÁBITOS DE VIDA

Ahora pasaremos a hablar de los hábitos de vida.

HV.P04 ¿Hacéis algún deporte y/o ejercicio físico? ¿Cuánto tiempo al día/semana?

Miembro de la familia:

Sí 1 Tiempo:

Miembro de la familia:

No 6

HV.P05 ¿Qué se desayuna en casa normalmente? ¿Y qué cantidad de cada alimento?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Tipo</u>
- Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, etc.	1	6		
- Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, etc.	1	6		
- Fruta natural	1	6		
- Zumos	1	6		
- Alimentos como huevos, queso, jamón, etc.	1	6		

- Otro tipo de alimentos	1	6
- No suele desayunar		7
- No sabe		8
- No contesta		9

HV.P06 ¿Con qué frecuencia se toman en casa los siguientes alimentos? ¿Qué tipo y cantidad de cada uno?

1 = A diario

2 = Tres o más veces por semana, pero no a diario

3 = Una o dos veces por semana

4 = Menos de una vez por semana

5 = Nunca o casi nunca

8 = No sabe

9 = No contesta



	<u>Tipo</u>	<u>Cantidad</u>
- Fruta fresca	1 2 3 4 5 8 9	
- Carne	1 2 3 4 5 8 9	
- Huevos	1 2 3 4 5 8 9	
- Pasta, arroz, patatas	1 2 3 4 5 8 9	
- Pan, cereales	1 2 3 4 5 8 9	
- Verduras, ensaladas y hortalizas	1 2 3 4 5 8 9	
- Legumbres	1 2 3 4 5 8 9	
- Embutidos y fiambres	1 2 3 4 5 8 9	
- Productos lácteos	1 2 3 4 5 8 9	
- Dulces	1 2 3 4 5 8 9	

- Bebidas azucaradas (refrescos, zumos...) 1 2 3 4 5 8 9
- Comida rápida 1 2 3 4 5 8 9
- Aperitivos o comidas saladas de picar 1 2 3 4 5 8 9
- Zumo natural de frutas o verduras 1 2 3 4 5 8 9

HV.P07 ¿Qué importancia tiene para vosotros realizar actividad física?

Poca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucha

¿Por qué motivos?

HV. P08 ¿Qué importancia tiene para vosotros tener una dieta equilibrada?

Poca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucha

¿Por qué motivos?

SD. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

SD.P09 ¿Qué nacionalidades tiene la familia?

- Española 1
- Española y otra (Indicar) 2
- Otra nacionalidad (Indicar) 3

SD.P10 ¿Cuáles son vuestras edades? (Se refiere a la edad cumplida en su último cumpleaños).

Miembro: _____ Edad en años: _____

Miembro: _____ Edad en años: _____

Miembro: _____ Edad en años: _____

Miembro: _____ Edad en años: _____

- No sabe 8

- No contesta 9

SD.P11 ¿Qué estudios tienen?

Miembro: _____

No sé leer ni escribir 1

Sé leer y escribir 2

Estudios primarios (escuela primaria, EGB, ESO) 3

Estudios medios (BUP, FP, Bachiller Superior) 4

Estudios universitarios 5

Miembro: _____

No sé leer ni escribir 1

Sé leer y escribir 2

Estudios primarios (escuela primaria, EGB, ESO) 3

Estudios medios (BUP, FP, Bachiller Superior) 4

Estudios universitarios 5

Miembro: _____

No sé leer ni escribir	1
Sé leer y escribir	2
Estudios primarios (escuela primaria, EGB, ESO)	3
Estudios medios (BUP, FP, Bachiller Superior)	4
Estudios universitarios	5

Miembro: _____

No sé leer ni escribir	1
Sé leer y escribir	2
Estudios primarios (escuela primaria, EGB, ESO)	3
Estudios medios (BUP, FP, Bachiller Superior)	4
Estudios universitarios	5



SD.P11 ¿Cuál es vuestra profesión? (Incluido amo/a de casa)

Miembro: _____

Miembro: _____

Miembro: _____

Miembro: _____

SD.P12 En este momento, ¿en qué situación laboral se encuentran?

Miembro: _____

Estudiante	1
Trabajando	2

Jubilado/a	3
Baja laboral	4
Amo/a de casa (solo trabaja en tareas de su hogar)	5
En el paro	6

Miembro: _____

Estudiante	1
Trabajando	2
Jubilado/a	3
Baja laboral	4
Amo/a de casa (solo trabaja en tareas de su hogar)	5
En el paro	6



Miembro: _____

Estudiante	1
Trabajando	2
Jubilado/a	3
Baja laboral	4
Amo/a de casa (solo trabaja en tareas de su hogar)	5
En el paro	6

Miembro: _____

Estudiante	1
Trabajando	2

Jubilado/a	3
Baja laboral	4
Amo/a de casa (solo trabaja en tareas de su hogar)	5
En el paro	6

SD.P13 ¿Alguna vez habéis experimentado discriminación, no os han permitido hacer algo, os han hecho sentir inferior en alguna de las siguientes situaciones debido a la raza, etnia o color?

ENTREVISTADOR/A: *Anotar código 9 (No aplicable) en el caso de que la persona entrevistada afirme no haberse encontrado en la situación propuesta.*

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No aplicable</u>
- ¿En la escuela?	1	2	9
- ¿En el hospital, centro de salud, etc.?	1	2	9
- ¿En una tienda, restaurante, etc.?	1	2	9
- ¿En la calle, en un lugar público?	1	2	9
- ¿Con la policía?	1	2	9
- ¿Al ver, oír o leer medios de comunicación?	1	2	9
- Otros: _____			

OBSERVACIONES:

Anexo C

CUESTIONARIO ESTADO DE SALUD - MENOR

Nº Cuestionario:

Entrevistador/a:

Fecha:

Hora de comienzo:

Curso de Educación Primaria:

ES: ESTADO DE SALUD

ES.P01 Para comenzar, ¿cómo crees que ha sido tu estado de salud en el último año: muy bueno, bueno, regular, malo, o muy malo?

- Muy bueno 1
- Bueno 2
- Regular 3
- Malo 4
- Muy malo 5
- No sabe 8
- No contesta 9



ES.P02 En las dos últimas semanas, ¿has tenido que dejar de hacer alguna de tus actividades por algún problema de salud?

- Sí 1
- No 6

ES.P03 En los últimos 6 meses, ¿en qué medida has estado limitado/a por un problema de salud para hacer las actividades que la gente normalmente hace?

- Muy limitado/a 1
- Limitado/a, pero no gravemente 2

- Nada limitado/a 3
- No sabe 8
- No contesta 9

ES.P04 Señala cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor tu estado de salud a día de hoy.

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a 1
- Estoy un poco ansioso/a o deprimido/a 2
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a 3
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a 4
- Estoy extremadamente ansioso/a o deprimido/a 5
- No sabe 8
- No contesta 9



HV. HÁBITOS DE VIDA

Ahora pasaremos a hablar de los hábitos de vida.

HV.P05 ¿Cuál de estas opciones describe mejor el tiempo que pasas fuera del colegio (en casa, en el parque, etc.)?

- Sentado/a o acostado/a la mayor parte del tiempo 1
- De pie la mayor parte del tiempo sin grandes esfuerzos ni movimientos 2
- Caminando 3
- Corriendo o haciendo ejercicio 4
- No sabe 8
- No contesta 9

HV.P06 ¿Haces algún deporte y/o ejercicio físico? ¿Cuánto tiempo al día/semana?

Sí 1 Tiempo:

No 6

HV.P07 ¿Qué desayunas normalmente? ¿Y qué cantidad de cada alimento?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Tipo</u>
- Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, etc.	1	6		
- Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, etc.	1	6		
- Fruta natural	1	6		
- Zumo	1	6		
- Alimentos como huevos, queso, jamón, etc.	1	6		
- Otro tipo de alimentos	1	6		
- No suele desayunar	7			
- No sabe	8			
- No contesta	9			

HV.08 ¿Con qué frecuencia tomas los siguientes alimentos? ¿Y qué cantidad de cada uno?

1 = A diario

2 = Tres o más veces por semana, pero no a diario

3 = Una o dos veces por semana

4 = Menos de una vez por semana

5 = Nunca o casi nunca

8 = No sabe

9 = No contesta

	<u>Tipo</u>	<u>Cantidad</u>
- Fruta fresca	1 2 3 4 5 8 9	
- Carne	1 2 3 4 5 8 9	
- Huevos	1 2 3 4 5 8 9	
- Pasta, arroz, patatas	1 2 3 4 5 8 9	
- Pan, cereales	1 2 3 4 5 8 9	
- Verduras, ensaladas y hortalizas	1 2 3 4 5 8 9	
- Legumbres	1 2 3 4 5 8 9	
- Embutidos y fiambres	1 2 3 4 5 8 9	
- Productos lácteos	1 2 3 4 5 8 9	
- Dulces	1 2 3 4 5 8 9	
- Bebidas azucaradas (refrescos, zumos...)	1 2 3 4 5 8 9	
- Comida rápida	1 2 3 4 5 8 9	
- Aperitivos o comidas saladas de picar	1 2 3 4 5 8 9	
- Zumo natural de frutas o verduras	1 2 3 4 5 8 9	

HV.P09 ¿Qué importancia tiene para ti realizar actividad física?

Poca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucha

¿Por qué motivos?

HV. P10 ¿Qué importancia tiene para ti tener una dieta equilibrada?

Poca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucha

¿Por qué motivos?

SD. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

SD.P11 ¿Qué nacionalidad tienes?

- Española 1

- Española y otra (Indicar) 2

- Otra nacionalidad (Indicar) 3



SD.P12 Sexo.

- Hombre 1

- Mujer 6

SD.P13 ¿Cuál es tu edad? (Se refiere a la edad cumplida en su último cumpleaños).

Edad en años: _____

- No sabe 8

- No contesta 9

SD.P14 ¿Con quién vives? Marcar todas las posibles respuestas

- Mi padre
- Mi madre
- Un hermano o hermana
- Más hermanos o hermanas
- Otras (especificar):

SD.P15 ¿Alguna vez has experimentado discriminación, no se te ha permitido hacer algo, te han hecho sentir inferior en alguna de las siguientes situaciones debido a tu raza, etnia o color?

ENTREVISTADOR/A: Anotar código 9 (No aplicable) en el caso de que la persona entrevistada afirme no haberse encontrado en la situación propuesta.

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No aplicable</u>
- ¿En la escuela?	1	2	9
- ¿En el hospital, centro de salud, etc.?	1	2	9
- ¿En una tienda, restaurante, etc.?	1	2	9
- ¿En la calle, en un lugar público?	1	2	9
- ¿Con la policía?	1	2	9
- ¿Al ver, oír o leer medios de comunicación?	1	2	9
- Otros: _____			

OBSERVACIONES:



Anexo D

PLAN DEL PROGRAMA

<i>Tabla 1: Primera Sesión</i>	
<u>Objetivo</u>	<u>Actividades</u>
Presentación del programa y participantes	Presentación del equipo y participantes Dinámica para conocer las expectativas, motivaciones e intereses
Evaluación pretest	Evaluación pretest

<i>Tabla 2: Segunda Sesión</i>	
<u>Objetivo</u>	<u>Actividades</u>
Intervenir sobre la variable expectativas de resultados	Aprender cómo las elecciones de comida y actividad influyen y ayudan al cuerpo a alcanzar un estado saludable
Trabajar la prevención y promoción de la salud	Experimento demostrando la importancia del balance energético del organismo Enfermedades relacionadas con la alimentación y el sedentarismo Analizar los alimentos en las tiendas del barrio

<i>Tabla 3: Tercera Sesión</i>	
<u>Objetivo</u>	<u>Actividades</u>
Intervenir sobre la variable capacidad de comportamiento	Aprender sobre las comidas principales y los tipos de alimentos Cómo conseguir una dieta equilibrada: pirámide de la alimentación y del ejercicio físico Aprender a leer etiquetas de los alimentos Aprender cómo elegir pequeñas porciones y opciones más saludables de alimentación

Tabla 4: Cuarta Sesión

<u>Objetivo</u>	<u>Actividades</u>
Intervenir sobre la variable intención	<p>Analizar la alimentación personal y datos de actividad física para fijar objetivos</p> <p>Realizar un acuerdo de compromiso entre la familia para cumplir los objetivos</p> <p>Realizar un acuerdo de colaboración entre las diferentes familias para ayudarse mutuamente</p> <p>Braintorming sobre los diferentes lugares del barrio para realizar ejercicio físico</p> <p>Ejercicio físico en familia: Flamenco yoga</p>

Tabla 5: Quinta Sesión

<u>Objetivo</u>	<u>Actividades</u>
Intervenir sobre la variable autorregulación	<p>Monitorizar el progreso hacia el objetivo de alimentación completando un autorregistro</p> <p>Usar podómetros como herramienta de autocontrol para alcanzar el número de pasos diarios recomendados</p> <p>Encontrar alternativas de actividad física y alimentación cuando no se alcanza el plan establecido</p>

Tabla 6: Sexta Sesión

<u>Objetivo</u>	<u>Actividades</u>
Intervenir sobre la variable autoeficacia	<p>Role-playing sobre los desafíos y barreras que se encuentran para alcanzar los objetivos y plantear soluciones</p>

	Compartir historias de éxito sobre situaciones específicas
--	--

<i>Tabla 7: Séptima Sesión</i>	
<u>Objetivo</u>	<u>Actividades</u>
Trabajar la corresponsabilidad en el cuidado de la salud	<p>Estereotipos de género: qué es biológico y qué es cultural</p> <p>Roles de género y división sexual del trabajo</p> <p>¿Quién nos enseña a ser mujer u hombre?: agentes de socialización</p> <p>Identificar las brechas de distribución desigual del cuidado de la salud en cada familia</p> <p>Negociar y definir la distribución de la responsabilidad del cuidado de la salud individual</p> <p>Pautas para facilitar la corresponsabilidad en hijos e hijas</p>

<i>Tabla 8: Octava Sesión</i>	
<u>Objetivo</u>	<u>Actividades</u>
Aumentar la regulación emocional y el autocontrol	<p>Relación entre emoción, cognición y comportamiento: teoría ABC de Ellis</p> <p>Role-playing: aprender estrategias para afrontar los retos y conflictos que generan emociones negativas</p> <p>Aprender qué es el control emocional y los tipos que existen: autocontrol fisiológico, cognitivo y conductual</p> <p>Actividad: Relajación muscular progresiva de Jacobson</p> <p>Actividad: Entrenamiento autógeno de Schultz</p> <p>Actividad: Técnicas de control de la respiración de Labrador y sus variantes</p>

Tabla 9: Novena Sesión

<u>Objetivo</u>	<u>Actividades</u>
<p>Desarrollar la autoestima</p>	<p>Actividades para menores:</p> <p>Definir la autoestima y las causas de la baja autoestima: culpabilidad y necesidad de aprobación</p> <p>Cómo afecta tener una alta autoestima frente a una baja autoestima</p> <p>Carrera caza-abrazos</p> <p>Actividad: Mi tesoro (6-8 años)</p> <p>Actividad: Entierro del No Puedo (10-12 años)</p> <p>Influencia de las redes sociales y la publicidad en la autoestima</p> <p>Tarea para casa: Mi libreta mágica</p> <p>Actividades para padres y madres:</p> <p>Aprender cuáles son las bases de la autoestima, el efecto Pigmalión y efecto Golem, cómo influye la autoestima en la vida cotidiana del niño o niña y los síntomas de una baja autoestima</p> <p>Dinámica: las etiquetas en el entorno familiar. Cómo las etiquetas condicionan el comportamiento</p> <p>Pautas para desarrollar la autoestima en hijos e hijas</p> <p>Tarea para casa: cómo me ven los que me quieren bien. Expresar las características positivas de cada miembro de la familia</p>

Tabla 10: Décima Sesión

<u>Objetivo</u>	<u>Actividades</u>
<p>Desarrollar las habilidades de</p>	<p>Aprender qué son y para qué sirven las habilidades de comunicación</p>

comunicación	<p>Aprender qué son y para qué sirven la escucha activa, la empatía y la asertividad</p> <p>Actividad: decir “no” sin sentirnos culpables. Role-playing del estilo pasivo, agresivo y asertivo de comunicación</p> <p>Técnicas del estilo asertivo: disco rayado, banco de niebla, oposición asertiva y acuerdo viable</p> <p>Creencias que impiden o dificultan las adecuadas habilidades sociales: creencias irracionales básicas, distorsiones cognitivas, errores de atribución y otro tipo de creencias problemáticas</p> <p>Actividad para menores: mejorar las habilidades sociales a través del deporte en equipo</p> <p>Actividad para padres y madres: favorecer que los niños y niñas desarrollen habilidades sociales y su relación con la autoestima</p>
--------------	---

Tabla 11: Undécima Sesión

<u>Objetivo</u>	<u>Actividades</u>
Intervenir sobre la variable motivación autónoma	<p>Creación de proyectos en equipos para enseñar a personas de su entorno lo que han aprendido</p> <p>Establecer refuerzos positivos para las conductas deseadas</p> <p>Establecer el compromiso de continuar con las opciones de alimentos y actividades saludables como parte de su vida diaria</p>

Tabla 12: Duodécima Sesión

<u>Objetivo</u>	<u>Actividades</u>
Cierre del programa	Conclusiones del programa
Evaluación postest	<p>Despedida de participantes</p> <p>Evaluación postest</p>

