

L'éducation pour la santé est une activité clé de tout programme de promotion de la santé. Son objectif est de permettre à chacun de faire des choix responsables en matière de comportements ayant une influence sur sa santé et sur celle de la communauté. Ce guide, destiné aux acteurs de la solidarité, aborde les **concepts clés** de l'éducation pour la santé et offre une base commune en termes de vocabulaire et de méthodologie. Il développe la réflexion sur l'importance de l'intégration du contexte socioculturel des populations dans l'élaboration de dispositifs de sensibilisation et de messages qui font sens. Les principaux **outils et méthodes** utilisés, contribuant à développer savoir, savoir-être ou savoir-faire, sont présentés ici sous forme de fiches pratiques.

Health education is a key activity in any health promotion programme. Its goal is to enable everyone to make responsible choices relating to the behaviours that have an influence on their health and that of their community. Intended to be used by solidarity workers, this book approaches several **key concepts** of health education, and offers a common foundation in terms of vocabulary and methodology. This guide also develops critical thinking on the importance of integrating the sociocultural context in the development of awareness-raising tools and messages which make sense to the population. The main **tools and methods** used, whether they develop knowledge, social-skills or know-how, are presented in the form of practical fact sheets.

La educación para la salud es una actividad clave en todo programa de promoción de la salud. Su objetivo es permitir que todos puedan tomar una decisión responsable en cuanto a los comportamientos que tienen una repercusión en su salud y en la de su comunidad. Esta guía está dirigida a los agentes de la solidaridad y abarca los **conceptos clave** de la educación para la salud, ofreciendo una base común en términos de vocabulario y metodología. También desarrolla una reflexión sobre la importancia de la integración del contexto cultural de las poblaciones en la elaboración de dispositivos de sensibilización y de mensajes que tienen sentido para las mismas. Las principales **herramientas y metodologías** utilizadas aquí se presentan en fichas prácticas.

GUIDE PRATIQUE /
PRACTICAL GUIDE /
GUÍA PRÁCTICA

ÉDUCATION POUR LA SANTÉ / EDUCACIÓN PARA
LA SALUD / HEALTH EDUCATION



EDUCACIÓN PARA LA SALUD

>> GUÍA PRÁCTICA PARA LOS PROYECTOS DE SALUD

ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

>> GUIDE PRATIQUE
POUR LES PROJETS DE SANTÉ

HEALTH EDUCATION

>> A PRACTICAL GUIDE FOR HEALTH
CARE PROJECTS



Avec le soutien de
With the support of:
Con el apoyo de:





EDUCACIÓN
PARA LA SALUD
>> GUÍA PRÁCTICA PARA
LOS PROYECTOS DE SALUD



EDUCACIÓN PARA LA SALUD

>> GUÍA PRÁCTICA PARA LOS PROYECTOS DE SALUD

PÁGINA 06

1.

CONCEPTOS

PÁGINA 48

3.

TÉCNICAS DE ANIMACIÓN Y HERRAMIENTAS

DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

PÁGINA 88

5.

RECURSOS DE SENSIBILIZACIÓN Y DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

PISTAS PARA SU COMPRENSIÓN Y ELABORACIÓN

PÁGINA 18

2.

PREPARACIÓN DE UN PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: UN POCO DE METODOLOGÍA

PÁGINA 84

4.

EJEMPLOS DE MENSAJES Y RECURSOS SUPLEMENTARIOS

INTRODUCCIÓN

➤ La educación para la salud es, según la declaración de Alma-Ata, uno de los ocho ejes prioritarios de un programa de atención primaria.

De hecho, la educación para la salud se considera una actividad clave en todo programa de promoción de la salud. La promoción de la salud es, tal y como la define la Carta de Ottawa, el proceso que otorga a las poblaciones los medios necesarios para garantizar un mayor control de su salud y mejorarla. En un programa de promoción de la salud, es necesario desarrollar cinco ejes: definición de políticas públicas saludables, creación de entornos favorables, refuerzo de la acción comunitaria, adquisición de aptitudes individuales y reorientación de los servicios sanitarios. El objetivo de la educación para la salud es dar a la población los medios necesarios para que adopte comportamientos más favorables para su salud, aportándole los conocimientos necesarios, y se inserta así en el eje de adquisición de aptitudes individuales. Asimismo, pretende que la comunidad tome conciencia de los problemas de salud, y fomenta la participación comunitaria, lo que corresponde al eje del “refuerzo de la acción comunitaria”. El hecho de que la comunidad sea consciente de los problemas constituye un factor clave para la continuidad de las actividades de promoción de la salud.

Por ejemplo, para optimizar los resultados del establecimiento de un centro de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, se recomienda acompañar esta actividad con una campaña de información y de comunicación para dar a conocer el centro y las condiciones de acceso (geográficas y económicas) y, a su vez, organizar cursos de educación sanitaria sobre los síntomas que deben conducir a acudir a la consulta.

Así, en 2000-2001, se realizó en Delhi (India) una campaña de información, educación y comunicación sobre la tuberculosis, en la que se combinaban distintos medios de comunicación: utilización de los medios de comunicación de masas (radio, televisión y periódicos); difusión de mensajes en autobuses, paradas de autobuses, vallas publicitarias, etc.; y comunicación interpersonal (reuniones de grupo, teatro callejero, etc.). A partir de esta campaña se produjo un aumento significativo del número de pacientes que acudían por iniciativa propia al centro (pasando de un 30,5 % antes de la campaña a más de un 40 % después la misma) y que elegían el centro *DOTS* (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) como primera opción¹.

Las campañas de comunicación que se difundieron a través de los medios de comunicación de masas también resultaron ser eficaces. En 1990 se realizó en Filipinas una campaña sobre la vacuna de la rubéola que se emitió en los medios de comunicación, en la que declaraba un día de la semana como “el día de las vacunas”. Se emitieron numerosos anuncios en la radio y en la televisión y se distribuyeron folletos insertados en la prensa. El personal de los centros de salud se implicó mucho en esta campaña. Además, se colgaron carteles en los centros y el personal se vistió con las camisetas de la campaña, contribuyendo así a reforzar a los mensajes. Se realizaron encuestas antes y después de la campaña a madres de niños menores de dos años. Así, se pudo constatar que los conocimientos de las madres sobre la vacunación mejoraron, que aumentó el número de vacunas y que el calendario de vacunación se respetó más.²

Pero, evidentemente, las grandes campañas de comunicación no son las únicas herramientas disponibles para promover la educación sanitaria. En ocasiones, puede que sea más apropiado realizar actividades de grupo y entrevistas individuales (en función de los objetivos y de los medios disponibles). También puede ser enriquecedor utilizar el teatro, tal y como quedó patente en un estudio realizado en 2001 en zonas rurales de la India. En esa ocasión, el teatro Kalajatha se utilizó como medio de información, de educación y de comunicación sobre el paludismo. El proyecto contó con la participación de artistas locales, primero componiendo y, más tarde, cantando y actuando. Asimismo, tuvo una buena publicidad y siempre obtuvieron previamente el acuerdo de

la comunidad. Las actuaciones se celebraban por las noches para que pudiera asistir el máximo de personas posible. Dos meses después del programa se evaluó su repercusión comparando cinco pueblos beneficiarios de programa (elegidos al azar) con otros cinco no beneficiarios (también elegidos al azar). Dentro de cada pueblo se eligieron varios hogares por sorteo y se entrevistó a todos los miembros de la familia presentes en la casa en el momento de la visita (salvo a los niños menores de ocho años). De esta forma, se pudo constatar que los conocimientos de los beneficiarios del programa Kalajatha sobre el paludismo (síntomas, tratamientos y control ecológico medioambiental, sobre todo del consumo de pescado parasitado con larvas) eran significativamente superiores que los de los demás. Además, todos los beneficiarios del programa manifestaron su intención de modificar sus comportamientos para mejorar el control del paludismo.³

El objetivo de esta guía es presentar algunos conceptos clave de la educación sanitaria, y ofrecer una base común en términos de vocabulario, objetivos, recomendaciones prácticas y metodología a los distintos coordinadores que trabajan sobre el terreno.

Este capítulo se divide en cuatro partes:

- ➔ Presentación de los principales conceptos de educación sanitaria.
- ➔ Metodología para organizar un proyecto de educación sanitaria y recomendaciones prácticas.
- ➔ Principales recursos utilizados en la educación sanitaria: fichas teóricas y ejemplos prácticos.
- ➔ Ejemplos de mensajes que debemos transmitir y recursos suplementarios.

1. Sharma, N., Tanjea, D.K., Pagare, D., Saha, R., Vashist, R.P. e Ingle G.K., “The impact of an IEC campaign on tuberculosis awareness and health seeking behaviour in Delhi, India”, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, noviembre de 2005; 9(11):1259-65.
2. Zimicki S., Hornik R.C., Verzosa C.C. et ál., “Improving vaccination coverage in urban areas through a health communication campaign”: the 1990 Philippine experience”. *Bulletin of the WHO*. 1994, 72,(3): 409-422.
3. Ghosh S.K., Patil R.R., Tiwari S., Dash A.P., “A community-based health education programme for bio-environmental control of malaria through folk theatre (Kalajatha) in rural India”. *Malaria Journal*, 2006, 5:123

PÁGINA 08

1A

**CONCEPTOS
RELACIONADOS
CON LA
SANIDAD**

PÁGINA 09

1B

**QUÉ ES LA
EDUCACIÓN
SANITARIA**

- 10 Test: ¿Qué tipo de educador es usted?
- 11 Saber, saber estar y saber hacer
- 12 Las competencias psicosociales

PÁGINA 13

1C

**¿CUÁLES SON
LAS DISTINTAS
RAMAS DE LA
EDUCACIÓN
SANITARIA?**

- 13 La educación sanitaria
- 13 Información – educación – comunicación (IEC)
- 14 La Comunicación para Cambiar Comportamientos / Behaviour Change Communication (CCC/ BCC)

PÁGINA 15

1D

**LÍMITES Y
CUESTIONES
ÉTICAS DE LA
EDUCACIÓN
SANITARIA**

- 17 Bibliografía y otras fuentes de información



IA

CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA SANIDAD

➤ Las definiciones, objetivos y variantes de la educación sanitaria son múltiples, por lo que este apartado no pretende ser exhaustivo. El objetivo de esta primera parte es **aportar unas bases comunes** en cuanto al vocabulario, los objetivos y los principales conceptos de educación sanitaria.

La evolución de los conceptos de educación sanitaria está ligada a la evolución de los conceptos en materia de salud. Así, toda práctica que tenga por objetivo la mejora o el mantenimiento de la salud se basa en una definición de salud y depende en gran medida de la definición escogida.

Existen numerosas definiciones de salud:

→ **Modelo biomédico:** la salud puede definirse como la ausencia de enfermedad o minusvalía. “La salud es la vida en el silencio de los órganos” (Leriche).

→ **Modelo biopsicosocial:** la salud se define como un estado de bienestar completo físico, mental y social (OMS).

→ **Modelo dinámico,** con capacidad de adaptación permanente a nuestro entorno:

– “La salud es el equilibrio y la armonía de todas las posibilidades de la persona humana (biológicas, psicológicas y sociales), lo que requiere, por un lado, la satisfacción de las necesidades fundamentales de las personas que son cualitativamente las mismas para todo ser humano y, por otro lado, una adaptación constantemente cuestionada de las personas a un entorno en constante mutación” (Carta de Ottawa).

– “Estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por azar o elección está ubicado” (René Dubos).

IB

QUÉ ES LA EDUCACIÓN SANITARIA

➤ La OMS define la educación sanitaria como el **conjunto de medios que permiten a los individuos y a los grupos adoptar comportamientos favorables para su salud.**

La educación sanitaria no se resume en informar sobre la salud, sino que pretende también aportar a los individuos los **conocimientos, actitudes y prácticas** necesarias para poder, si lo desean, cambiar sus comportamientos o mejorar los comportamientos que son beneficiosos para su salud y la de su comunidad.

La salud no se considera aquí como un estado de bienestar que aspiramos a alcanzar, sino como un **recurso de la vida diaria**⁴, siendo el individuo quien debe evaluar, encontrar su equilibrio y determinar lo que es bueno para él. El objetivo de la educación sanitaria es permitir que cada uno pueda tomar una decisión responsable sobre los comportamientos que tienen una repercusión

en su salud y en la de su comunidad. Se trata de promover, mediante la implicación del individuo, **una actitud participativa en materia de salud.**

Existen numerosos enfoques dentro de la educación sanitaria, algunos se oponen en ciertos puntos y otros se complementan. Estos son tres de los enfoques principales⁵:
→ **Enfoque exhortativo o persuasivo,** cuyo objetivo es modificar sistemáticamente los comportamientos de los individuos y los grupos.

→ **Enfoque informativo y enfoque responsabilizador,** que consisten en sensibilizar a las personas sobre lo que es bueno para ellas.

4. Véase la Carta de Ottawa: “La promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Este proceso se basa en un concepto que define la “salud” como la medida en la que un grupo o un individuo pueden, por un lado, cumplir unas aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro lado, evolucionar con el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso de la vida diaria, y no como el objetivo de la vida.”

5. Bury J., *Éducation pour la santé: concepts, enjeux, planifications*, De Boeck Université, 1988

→ **Enfoque participativo**, que persigue la participación y la implicación de los individuos y de los grupos para alcanzar un mejor control de su salud.

En función de los objetivos del proyecto y de la situación del equipo, se elegirá y aplicará uno u otro enfoque.

A continuación presentaremos algunos elementos de reflexión para la elección del enfoque:

→ ¿Se trata de un problema de salud puramente individual o se trata de un problema de salud pública?, ¿elegiremos el mismo enfoque si queremos recomendar a alguien que no fume para proteger su propia salud que si queremos recomendarle que no fume para proteger la salud de sus hijos y evitarles problemas respiratorios (infecciones, asma, etc.)?, ¿qué enfoque debemos elegir cuando realizamos una campaña de vacunación en casos en que la no vacunación no solo implicaría un riesgo individual de contraer la enfermedad, sino también el riesgo de transmitir la enfermedad a los demás? El hecho de que exista un riesgo para los demás, ¿justifica un enfoque exhortativo, o hay que inclinarse por un enfoque responsabilizador, informativo o participativo? Algunas de estas preguntas no tienen respuesta, pero es importante reflexionar sobre estos aspectos para elegir y justificar el uso de un enfoque.

→ ¿A quién nos dirigimos?, ¿nos dirigimos a personas que están enfermas o a personas que no lo están?, ¿elegiremos el mismo enfoque para educar a personas sanas sobre los principios nutricionales que limitan el riesgo de diabetes que para educar a pacientes diabéticos sobre los principios nutricionales que se les recomiendan debido a su estado de salud (por ejemplo, las reglas que hay que seguir para evitar una hipoglucemia provocada por el tratamiento)?, ¿es receptiva una persona sana, en quién la modificación de un comportamiento no tendrá un efecto inmediato visible sobre su salud a los mismos enfoques que una persona enferma, en la que la modificación de un comportamiento puede tener repercusiones rápidas importantes?,

¿qué ocurre en el caso de una persona que padece una enfermedad pero que no se siente mal y para la que el tratamiento o los cambios de comportamiento recomendados son simplemente preventivos y no tendrán una repercusión inmediata en su salud, como puede ser el caso de un cierto número de enfermedades crónicas, al menos al principio? Por ejemplo, en el caso de una persona diabética que no presenta complicaciones y que se siente bien a quien se dan, sin embargo, un tratamiento y una serie de consejos higieno-dietéticos: ¿qué enfoque debemos elegir para que el mensaje sea lo mejor recibido, aceptado y asimilado posible?

→ ¿Disponemos de pruebas de que un enfoque presenta mejores resultados que otro en la población destinataria? Si disponemos de argumentos tangibles (procedentes de estudios anteriores) que demuestren que la población destinataria es más sensible a un tipo de enfoque o que no es receptiva ante otro tipo de enfoque, es importante tenerlos en cuenta.

De forma general, también es muy importante plantearse cuáles son nuestras propias intenciones educativas antes de empezar una actividad de educación sanitaria.

TEST:
¿QUÉ TIPO DE EDUCADOR ES USTED?

El siguiente test puede ayudarle a avanzar en su reflexión:

Para usted, la educación sanitaria consiste en:

- | |
|--|
| a. ayudar a la población a respetar las instrucciones y consejos de los médicos. |
| b. transmitir conocimientos sobre salud y enfermedades. |
| c. enseñar a las personas a controlar los riesgos que corren. |
| d. ayudar a la población a participar en las decisiones políticas relacionadas con la salud pública. |

- | |
|--|
| a. presentar modelos de comportamiento saludables. |
| b. explicar cómo funciona el cuerpo humano y las consecuencias positivas o negativas que tienen distintos comportamientos. |
| c. ayudar a niños, jóvenes y adultos a conciliar sus deseos con sus necesidades. |
| d. permitir a cada persona el acceso a las fuentes de información que afectan a su salud y a la de la comunidad. |

- | |
|--|
| a. informar a las personas de lo que deben hacer para mantenerse sanas. |
| b. poner a disposición del público en general información aprobada científicamente sobre las causas, las consecuencias y los tratamientos de las enfermedades. |
| c. concienciar a las personas sobre su responsabilidad individual y colectiva en el ámbito de la salud. |
| d. procurar que la población interiorice los conocimientos y las competencias necesarias para la promoción de la salud. |

- | |
|---|
| a. alertar a niños, jóvenes y adultos de los riesgos que corren al adoptar determinados comportamientos que son perjudiciales para su salud. |
| b. animar a las personas a adoptar comportamientos favorables para la salud, explicándoles el funcionamiento del organismo y sus necesidades. |
| c. hacer posible que las personas tomen decisiones con conocimiento de causa en materia de salud, ayudándoles a desarrollar el sentido crítico frente a la información que reciben. |
| d. definir conjuntamente con la población respuestas adaptadas a sus necesidades y a sus expectativas en materia de salud. |

Resultados:

→ Si ha obtenido una mayoría de **a**, su enfoque es principalmente **exhortativo**.
→ Si ha obtenido una mayoría de **b**, su enfoque es principalmente **informativo**.
→ Si ha obtenido una mayoría de **c**, su enfoque es principalmente **responsabilizador**.
→ Si ha obtenido una mayoría de **d**, su enfoque es principalmente **participativo**.

ATENCIÓN

no hay respuestas correctas ni incorrectas. Nuestro enfoque de la educación sanitaria es, a menudo, plural, debido a nuestra forma de ver las cosas y al contexto.

El objetivo de este test, elaborado por B. Sandrin-Berthon y J.P. Deschamps en 2000, es aclarar la forma en la que se ve la educación sanitaria. También podrán utilizarla antes de empezar un programa par aclarar lo que cada uno de los participantes piensa de la educación sanitaria.

SABER, SABER ESTAR Y SABER HACER

Saber – Saber estar – Saber hacer
Conocimientos – Actitud – Práctica
Knowledge – Attitude – Practice

Saber (o conocimientos):
se trata de los conocimientos o de la información asimilada por el individuo.
Ejemplo: conocimiento de las formas de transmisión del VIH.

Saber estar (o actitud):
«forma general y normalmente estable de los individuos de percibir, sentir y juzgar las acciones, ideas y el medio social y físico que les rodea, ya sea directamente o a través de terceros. La actitud determina la percepción

de la acción. Tiene componentes afectivos, cognitivos y de comportamiento. La actitud está en gran medida determinada socialmente. Uno de los principales objetivos de las acciones de educación sanitaria y de la promoción de la salud es cambiar las actitudes, que constituyen barreras que nos separan de formas de vida más sanas o de políticas más saludable»

(Comisión Europea, Rusch E.).

El saber estar depende en parte del saber y del saber hacer sin derivarse directamente de éstos: el saber estar está también determinado por numerosos factores ambientales, culturales, de identidad, etc. El trabajo sobre el saber estar pasa también por el desarrollo de **competencias psicosociales** (véase el recuadro correspondiente).

Ejemplo: saber decir “no” a una relación sin protección.

Saber hacer (o la práctica):

se trata de la práctica o de **la capacidad para actuar**, para realizar una tarea.

Se pueden disociar del saber: podemos saber hacer sin saber por qué funciona (saber hacer empírico), y podemos también saber sin saber hacer (conocer la teoría de cómo se realiza una tarea pero sin haberlo hecho nunca en la práctica y siendo incapaz de hacerlo). Por tanto, cuando queremos transmitir un saber hacer, es a menudo primordial **acompañarlo con una demostración práctica** (aprendizaje por medio de la experiencia).

Ejemplo: saber utilizar un preservativo masculino o saber utilizar un preservativo femenino.

NB: En francés, el término « saber hacer » se refiere al buen manejo de una técnica, lo cual será un previo para la adopción de un comportamiento (por ejemplo, debes saber como usar

un preservativo para tener encuentros sexuales seguros), mientras que en inglés, « practice » se refiere a la práctica en sí, lo cual es el resultado del conocimiento y el saber-estar de un individuo (usa el preservativo porque conoce los beneficios y sabe tener relaciones sexuales seguras).

LAS COMPETENCIAS PSICOSOCIALES

La OMS y UNICEF recomiendan que se desarrollen las siguientes competencias psicosociales para fomentar la adopción de comportamientos favorables para la salud:

- Saber resolver problemas y tomar decisiones.
- Saber comunicarse con los demás, ser hábil en las relaciones interpersonales.
- Ser crítico y creativo.
- Conocerse a sí mismo y ser empático.
- Saber gestionar el estrés y los sentimientos.

El desarrollo de competencias psicosociales es particularmente importante **en el caso de los niños y de los jóvenes**, ya que se trata de un periodo de desarrollo y de construcción del saber estar. Es interesante **colaborar con el ministerio de educación nacional** para desarrollar determinados programas dirigidos a niños y a jóvenes. En el caso de los adultos, se tratará más de ayudar a modificar los comportamientos existentes que de desarrollarlos.

¿CUÁLES SON LAS DISTINTAS RAMAS DE LA EDUCACIÓN SANITARIA?

➤ La educación sanitaria se construye en base a cuatro elementos: Destinatarios; Material (audiovisual, carteles, folletos, mediación, etc.); Espacio y tiempo (reunión, conversación, sesión de teatro, telediario, sala de espera, etc.); Emisor del mensaje (el personal sanitario, una institución, un igual, etc.).

Dicho de otra forma, la educación sanitaria se realiza en un lugar y en un momento determinados en los que entran en contacto el emisor y los destinatarios a través del material disponible. Además, hay que añadir el tipo de relación que les une. La educación sanitaria es, por tanto, la **unión** de estos elementos y la **acción mutua y conjunta** de los mismos. Esta precisión es importante, ya que, como veremos, cuando no dominamos uno de los elementos (material inadecuado, mensaje inapropiado, población o momento mal elegidos, emisor inadaptado, etc.), se ponen en peligro los otros tres: ¿para qué sirve un buen anuncio de televisión en zonas en las que solo hay un televisor por pueblo?, ¿qué atención van a prestar las mujeres a un hombre joven (incluso perteneciente a la misma cultura) que protagonice la campaña de sensibilización sobre la lactancia?

La educación sanitaria

El tono es generalmente informativo, normativo y exhortativo: difundimos mensajes sanitarios a la población y suponemos que provocarán un cambio de comportamiento. La comunicación suele tener lugar en un único sentido y no se acompaña de una actividad más participativa.

Información – educación – comunicación (IEC)

La información-educación-comunicación (IEC) es un **proceso** que se dirige a las personas, comunidades y sociedades, y cuyo objetivo es **desarrollar estrategias de comunicación para promover comportamientos favorables para la salud**.

El material de IEC (IEC materials):

El **material de IEC** incluye todas las **herramientas y técnicas de comunicación y de animación** utilizadas para fomentar y acompañar un cambio de comportamiento. La comunicación puede ser verbal (oral o escrita) o no (gestual, etc.). Existen muchas formas de comunicación posibles:

→ La comunicación interpersonal: entrevista individual. Podemos utilizar técnicas de comunicación (por ejemplo: asesoramiento) y distintas herramientas (archivador de imágenes, juego de cartas, etc.).

→ La comunicación de grupo.

Podemos utilizar técnicas de animación (grupos focales, juegos de rol, etc.) y recursos como cuentos, vídeos, juegos, teatro, etc.

→ La comunicación de masas: utilizando los medios de comunicación de masas (televisión, radio o prensa) para difundir los mensajes.

La Comunicación para Cambiar Comportamientos / Behaviour Change Communication (CCC/BCC)⁶

La IEC y la CCB/BCC no son conceptos opuestos, sino todo lo contrario:

El objetivo de la IEC es cambiar los comportamientos por medio de la información, la educación y la comunicación realizadas a escala individual, de grupo o incluso dirigidas a toda una sociedad (utilizando los medios de comunicación de masas). Se trata de conseguir que la población adopte comportamientos favorables para su salud, informándoles e incitándoles a realizar elecciones individuales, pero no se enfrentan a otros factores que limitan los cambios de comportamientos.

De esta forma, numerosos estudios demuestran que **el proceso de cambio de comportamientos no lo producen únicamente el acceso a la información y la posibilidad de realizar elecciones individuales. Otros factores medio-ambientales también desempeñan un papel importante**, así como factores geográficos, económicos, culturales, etc.

La CCC/BCC retoma los objetivos de la IEC pero **amplía su campo de acción: asimismo, su objetivo es actuar sobre el entorno y crear un medio favorable para fomentar el cambio de comportamientos y el mantenimiento de estos nuevos comportamientos**. Se trata, entre otras cosas, de sensibilizar a los responsables políticos para que desarrollen políticas públicas saludables y para que trabajen en la reorganización de los servicios sanitarios (fomentar servicios de prevención y el acceso a la atención sanitaria).

La CCC/BCC se inscribe dentro de un enfoque más global que pretende actuar sobre todos los determinantes de los cambios de comportamiento y forma parte de una **iniciativa de promoción de la salud**. En resumen, la IEC forma parte de la CCC/BCC. El desarrollo de la CCC/BCC refleja un **cambio de escala en las estrategias** ya que, desde ese momento, según los principios de la Carta de Ottawa, nos interesamos también por el entorno y no nos limitamos a los determinantes individuales de comportamientos.

10

LÍMITES Y CUESTIONES ÉTICAS DE LA EDUCACIÓN SANITARIA

➤ La salud de un individuo no depende exclusivamente de sus elecciones individuales, sino de muchos otros factores como el entorno, las condiciones de vida, los factores biológicos, etc. **Por tanto, es sensato integrar la educación sanitaria en un proceso de promoción de salud** (véase el concepto de CCC/BCC).

De esta forma, cuando se inicia un programa de educación sanitaria cuyo objetivo es cambiar comportamientos, **no basta con actuar a escala individual**: hay que tener también en cuenta todos los obstáculos potenciales, ya sean económicos, sociales, culturales o determinados por el entorno, y ponerlos de manifiesto para hacer posible un cambio de comportamiento. Por ejemplo, la accesibilidad económica al preservativo es una condición previa para su uso. Así, no sería útil alentar a utilizar el preservativo sin asegurarnos previamente del acceso real de la población a éstos. Asimismo, enseñar a los niños a lavarse las manos en el colegio solo tiene sentido si tienen lavabo y jabón a su disposición.

Por otro lado, si la educación sanitaria consiste en dar a los individuos los medios necesarios para adoptar comportamientos favorables

para su salud, no hay que olvidar que es nuestro deber cumplir esta decisión. Esto puede resultar frustrante a los educadores y puede que en ocasiones vaya en contra de sus principios. La educación sanitaria tiene ciertos límites (no podemos tomar decisiones por los demás) pero esto no impide, en algunas situaciones, que se realicen otro tipo de acciones (políticas, legales, etc.).

→ ¿Cómo conciliar la educación sanitaria y el respeto de las libertades y las elecciones individuales?, ¿qué postura adoptar cuando los problemas van más allá de la salud individual y condicionan la salud de terceros (por ejemplo, la salud de un niño que corre peligro debido a la elección de los padres) o la salud de la comunidad (por ejemplo, el riesgo de epidemias que aumenta cuando

6. Véase Seck A. "Module de formation en communication pour le changement de comportement", CCISD, 2003

la población se niega a vacunarse)?, ¿hay situaciones en las que no deban respetarse las elecciones individuales? En caso afirmativo, ¿es competencia de la educación sanitaria intervenir en estas situaciones?, ¿corresponde, por el contrario, a la política o a la justicia?, ¿no es más conveniente que la educación sanitaria se mantenga neutra y no juzgue a las personas a las que se dirige? Es importante conocer los límites de la educación sanitaria y saber distinguir lo que corresponde a la educación sanitaria, a la justicia, a la legislación o a la política.

→ En ocasiones, es posible que la educación sanitaria se perciba como un intento de imponer un saber biomédico frente a otro (por ejemplo, un saber tradicional).

¿Es legítimo querer imponer un saber?, ¿es ese el cometido de la educación sanitaria? De esta forma, ¿no es preferible plantear un debate en lugar de dar respuestas, ayudar a construir en lugar de inculcar, guiar más en lugar de ordenar, etc., considerando la educación sanitaria como un punto de encuentro de distintos saberes y no como un saber normativo que hay que transmitir?

→ ¿Podemos utilizar cualquier medio mientras que alcancemos el objetivo sanitario que buscamos?, ¿podemos, por ejemplo, utilizar el miedo para manipular (jugando con los miedos conscientes e inconscientes), estigmatizar, deslegitimar o criticar a las personas que realicen determinadas prácticas? Es fundamental reflexionar sobre los medios utilizados para transmitir mensajes, sobre su legitimidad y sus posibles efectos adversos.

→ En algunos casos, ¿no corre el riesgo la educación sanitaria de aumentar las desigualdades al proporcionar información que algunos podrán poner en práctica y otros no, por falta de medios económicos? Por ejemplo, cuando recomendamos que se consuman cinco piezas de fruta y verdura al día, como en el caso de la campaña francesa

del INPES (Instituto Nacional de Prevención y Educación Sanitaria), ¿no corremos el riesgo de agudizar las desigualdades entre aquellos que tienen los medios económicos necesarios para modificar sus hábitos nutricionales y aquellos que no los tienen?

PRINCIPIOS ÉTICOS

Autonomía de las personas

→ Respetar las decisiones individuales, aunque se trate de comportamientos que puedan ser nefastos para la salud: no se trata de querer imponer una norma.
→ No culpabilizar.

Efectos positivos

(asegurarse de que nuestra intervención va a resultar positiva)

→ Utilizar conocimientos científicos demostrados (no difundir mensajes que no estén comprobados).
→ Asegurarse de que no pueden producir efectos negativos.

Evitar los efectos negativos

(asegurarse de que nuestra intervención no va a causar daños)

→ Reflexionar siempre sobre los medios utilizados, independientemente de los objetivos ("el fin no justifica los medios").
→ Asegurarse de que nuestra intervención no tendrá consecuencias dañinas en otros ámbitos que no sean el de la salud (ejemplo: desorganización social, familiar, cultural, etc.).

Igualdad y justicia social

la educación sanitaria no debe agudizar las desigualdades sociales en materia de salud ni crear nuevas desigualdades. Por tanto, es importante adaptar los mensajes para que sean accesibles a todos y que los comportamientos

recomendados sean también accesibles (accesibilidad económica).

Evaluar

el programa regularmente para poder realizar ajustes.

PARA SABER MÁS...

Cuando queremos cambiar ciertos comportamientos, es necesario actuar sobre los determinantes del cambio y, por lo tanto, tendremos que identificar previamente estos determinantes. Existen numerosos modelos teóricos de cambio de comportamientos que describen cada uno de los procesos y determinantes (impulsos y obstáculos) del cambio. Para más información sobre los modelos teóricos de cambio de comportamientos, véase:

– Guía Behaviour Change: a summary of four major theories, Family Health International, disponible en la página web: <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ei26vbslpsidmahxc332vwo3g233xsqw22er3vofqvrjvubwyzclvqjcbdgexyzl3msu4mn6xv5j/BCCSummaryFourMajorTheories.pdf>

– G. Godin, Le changement des comportements de santé, en Fischer G.N., Traité de psychologie de la santé. Dunod, Paris, 2002, págs. 375-88

Bibliografía y otras fuentes de información

- Broussouloux S. et Houzelle-Maechal N., *Éducation à la santé en milieu scolaire, choisir, élaborer et développer un projet*, éditions Inpes, 2006 (disponible en ligne : www.inpes.sante.fr/esms/pdf/esms.pdf)
- Bury J., *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*, De Boeck Université, 1988
- Expertise Collective INSERM, *Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes*, éditions INSERM, 2001
- Glossaire utilitaire en education pour la santé, DRASS Bourgogne : http://www.bourgogne.jeunesse-sports.gouv.fr/download/sport_sante/glossaire_sreps.pdf
- Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Population Reports, Enero de 2008
« Communication for better health » : <http://www.infoforhealth.org/pr/j56/j56.pdf>
- Módulo de educación para la salud sobre la salud infantil, destinado al personal sanitario, elaborado por la asociación para la medicina y la investigación en África: http://wikieducator.org/Lesson_6:_Health_Education%2C_Promotion_%26_Counselling
- OMS, *Educación para la salud: manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud*, 1990.
- Seck A. *Module de formation en communication pour le changement de comportement*, CCISD, 2003
- Página web del comité departamental de educación para la salud de Yvelines: http://www.cyes.info/themes/promotion_sante/education_pour_la_sante.php

PÁGINA 22

2A

DIAGNÓSTICO

23 1/Cómo obtener la información necesaria para realizar el diagnóstico

24 Documentación

24 Observación

24 Entrevista individual

25 Grupos focales

28 Encuesta CAP/KAP

29 2/Cómo establecer las prioridades

29 3/Elegir a la población destinataria

PÁGINA 31

2B

PROGRAMACIÓN

31 1/Fijarse objetivos y resultados esperados

33 2/Definir indicadores para los objetivos y los resultados

34 3/Definir una estrategia BCC

35 Función y lugar del emisor

36 La educación a través de profesionales sanitarios

37 Los intermediarios de la comunidad como educadores

38 La educación por un igual

9 Los medios de comunicación de masas

40 La educación en el medio escolar

40 4/Probar las herramientas

PÁGINA 45

2D

EVALUACIÓN

45 1/Evaluación de procesos

45 2/Evaluación de resultados

46 La encuesta CAP

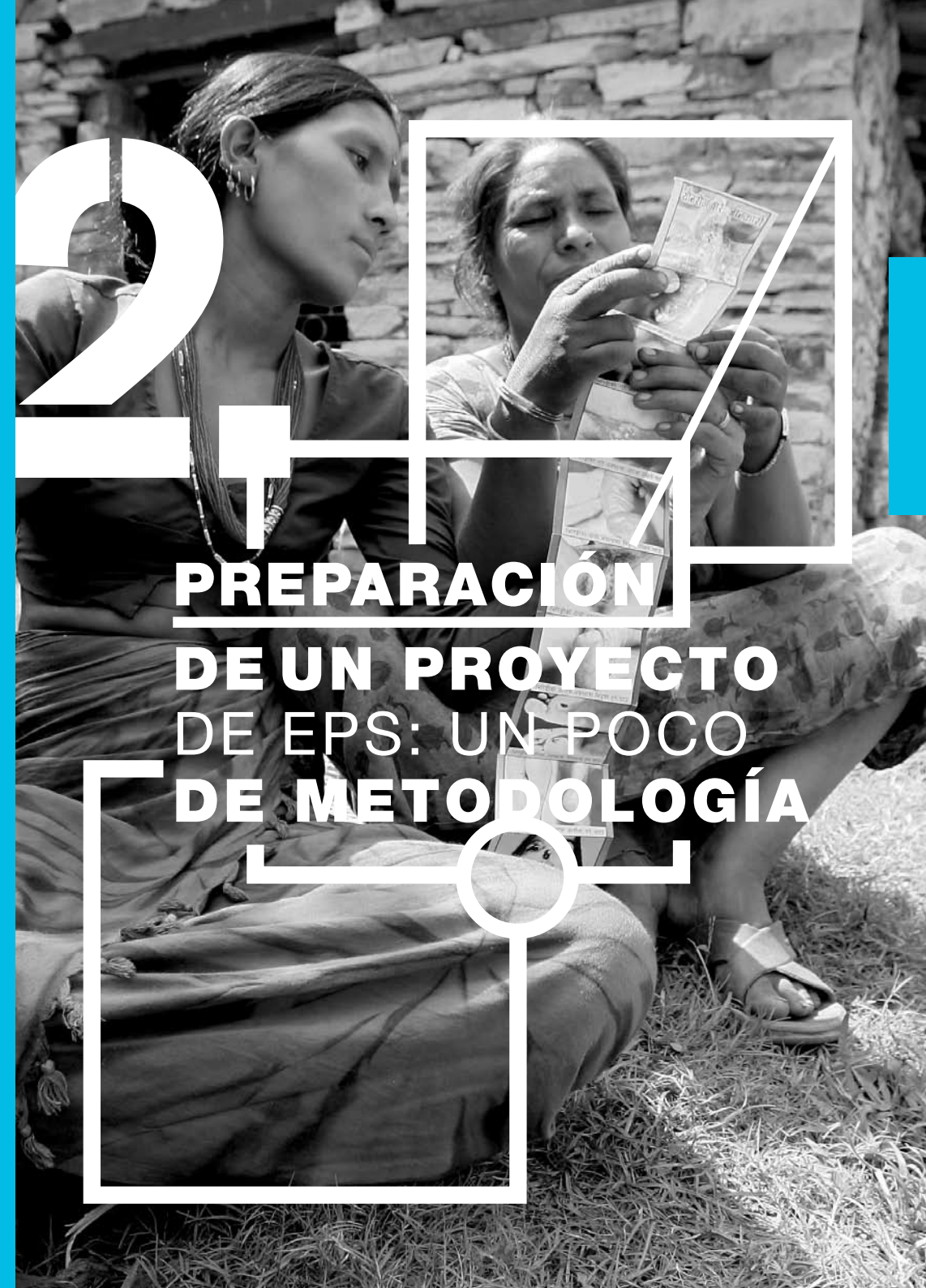
46 Test verdadero/falso

46 Tablas de observación

PÁGINA 44

2C

APLICACIÓN



PREPARACIÓN DE UN PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: UN POCO DE METODOLOGÍA

➤ Numerosos programas de Médicos del Mundo incluyen un apartado de educación para la salud. Cuando se prepara un proyecto se planifica, lógicamente, el conjunto del programa y no cada apartado de forma independiente. Al igual a que el resto de apartados, la sección dedicada a la educación para la salud contribuye a alcanzar el objetivo específico del programa y no debe, en ningún caso, elaborarse de forma independiente.

Sin embargo, **algunas etapas de la planificación son especialmente importantes o se llevan a cabo de manera específica dentro de un proyecto de educación para la salud.**

Por tanto, retomaremos el marco general de la planificación⁷, sin volver a tratar en detalle las diferentes etapas del diagnóstico, la aplicación y la evaluación, pero sí especificando los puntos clave o específicos a los proyectos de educación para la salud.

PUNTOS CLAVE DE TODO EL PROCESO

IMPLICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

La implicación de los beneficiarios es imprescindible, y en el caso de los proyectos de educación para la salud, es importante desde la fase de diagnóstico. Si un individuo, un grupo o una la comunidad colabora en la fase de identificación de los problemas, es más probable que participe activamente en la búsqueda de soluciones y que adopte nuevos comportamientos.

IMPLICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

El interés principal de que participen los beneficiarios reside en la elaboración de un material de educación para la salud que esté **adaptado a la cultura local**. Siempre que sea posible, hay que trabajar con los beneficiarios durante la recogida de información, durante la elaboración de los mensajes, durante la formulación de recomendaciones y mensajes y durante su aplicación. Al permitir participar a los beneficiarios reconocemos explícitamente su poder para influir en el desarrollo y en los resultados de la actividad. De esta forma, instauramos un mecanismo que permitirá **intercambiar información** e incluso negociar **lo que se puede decir y hacer**. La población representada podrá obtener mucha información que puede resultar útil en función de sus intereses particulares. En estos talleres, pueden producirse ajustes y negociaciones por ambas partes, que permiten aumentar la credibilidad de los mensajes a los ojos de la población y obligan de alguna forma a los profesionales a tener en cuenta una serie de ideas. Esto permite a la población romper con la imagen negativa de la educación para la salud, que se suele sentir como una forma de imposición de ideas o de control. No obstante, si bien la participación de la población tiene un papel determinante, esta situación es, a menudo, difícil y se subestima su complejidad. La cuestión de la motivación parece esencial para entender el comportamiento de la población el hecho de plantearse el sentido que tiene una acción en las creencias de la población permite explicar y entender determinadas conductas. Además, en la elaboración de un proyecto parece necesario entender

las siguientes cuestiones: ¿Por qué le interesa a la población participar en determinados proyectos?, ¿cómo percibe la población este interés?, ¿cómo pueden implicarse las poblaciones destinatarias, que son las más vulnerables, en un proyecto?

7. Los documentos relativos a la metodología de planificación de proyectos están disponibles en la intranet de Médicos del Mundo, en el blog DSC www.mdm-scd.org, o se pueden solicitar escribiendo a: s2ap@medecinsdumonde.net.

DIAGNÓSTICO

➤ Es necesario hacer un diagnóstico para poder realizar **una evaluación de la situación existente** (comportamientos prácticos, conocimientos, creencias sociales y otras creencias que motivan ciertos comportamientos, factores ambientales que influyen en los comportamientos, etc.) y poder establecer, a continuación unos objetivos de cambio de comportamiento realistas, poniendo de manifiesto los obstáculos identificados durante la fase de diagnóstico.

El diagnóstico es necesario:

→ **A escala micro:** ¿cuáles son los **conocimientos, las creencias y las prácticas** de un individuo o de un grupo?, ¿qué tipo de relaciones se establecen en la organización el grupo y cuáles son los medios tradicionales de comunicación?, ¿quiénes son las personas influyentes?

→ **A escala macro:** ¿cuáles son las **leyes, instituciones, asociaciones y estructuras de la sociedad** que tienen una repercusión en el problema estudiado?, ¿cómo y en qué medida influyen en el problema?, ¿representan obstáculos adicionales que hay que evitar o eliminar?, ¿pueden constituir un apoyo potencial?, ¿tienen poder de decisión?, ¿qué papel desempeña el contexto cultural y religioso en el problema estudiado? Y, ¿hasta qué punto habría que tenerlo en cuenta?

PUNTO CLAVE

ESTUDIAR LOS COMPORTAMIENTOS Y SUS DETERMINANTES

Cuando preparamos una actividad de educación para la salud es necesario estudiar los comportamientos y sus determinantes a escala micro (factores individuales y de grupo) y a escala macro (factores medioambientales, políticos, etc.). Aunque las actividades de educación para la salud solo influyan en los determinantes micro, hay que identificar los determinantes macro para poder trabajar en ellos por otras vías, incluso por medio de colaboraciones.

Por otro lado, también es necesario realizar previamente una evaluación que incluya un listado de las actividades de educación para la salud que ya se hayan realizado. Así, buscaremos las distintas actividades realizadas

por otras asociaciones, centro de salud, instituciones, ministerios, etc. Estudiaremos la forma en la que se ha tratado el tema previamente (tipo de mensajes, recursos utilizados e impacto, si tenemos información sobre la evaluación), veremos si distintas instituciones han transmitido mensajes contradictorios a la población, dejando así una impresión de confusión general y haciendo muy difícil recuperar la confianza del público posteriormente. Por ejemplo: dos mensajes contradictorios sobre la vacuna de la hepatitis B, uno que recomienda fervientemente la vacuna y que considera que no presenta riesgos y un segundo mensaje que la desaconseja por presentar graves riesgos potenciales. Para recuperar la confianza de la población en la vacuna, será necesario que el mensaje provenga de la fuente que la población considere la más fiable posible (por ejemplo, esta fuente podría ser, para unos, el ministerio de sanidad y, para otros, el científico más prestigioso en el ámbito que nos interesa). Comprobaremos también si se han relacionado determinados temas (por ejemplo, ¿se vinculan las actividades de educación para la salud sobre el VIH con otras relacionadas con la salud reproductiva o siguen realizándose de forma independiente?). Esta evaluación permitirá **aprovechar lo que ya se ha hecho** y ayudará a evitar repetir determinados errores.

1 / CÓMO OBTENER LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO⁸

Describir comportamientos, conocimientos o creencias supone **un estudio profundo del**

contexto. Podemos utilizar datos escritos ya existentes o **datos cuantitativos**, pero es esencial adoptar también **un enfoque cualitativo**, que permitirá estudiar con más detalle las creencias y estigmatizaciones que influyen en los comportamientos sanitarios.

El estudio cualitativo puede hacerse consultando la documentación ya existente, que será conveniente completar con la observación, la realización de encuestas sobre el terreno (encuestas CAP, Conocimientos-Actitudes-Prácticas o KAP, Knowledge-Attitude-Practice), y con entrevistas, que permitirán un estudio más detallado al aportar una opinión más completa y más libre que las encuestas CAP, pero que solo pueden realizarse a un número limitado de individuos.

PUNTO CLAVE

DIVERSIFICAR LOS MÉTODOS DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Si es posible, es preferible alimentar el diagnóstico con los resultados de varios métodos de búsqueda de información. Lo ideal es combinar la documentación con observación, entrevistas, grupos focales y entrevistas CAP, ya que de esta forma se complementan los distintos métodos. Sin embargo, debido a la falta de tiempo y de medios, a menudo no es posible utilizar distintos métodos de búsqueda, aún menos cuando el proyecto de educación para la salud no es más que un apartado entre otros. En estos casos, podremos completar una documentación (que permite ganar tiempo y evitar que repita una investigación que ya han realizado otros) con uno o varios métodos, en función del tipo de información que busquemos y del tiempo y los recursos humanos disponibles.

8. Véase Educación para la salud: manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud, OMS, 1990; véase también Interagency manual on reproductive health in refugee situations, OMS.

Documentación

Consiste en buscar información a partir de informes de actividades de organizaciones, instituciones o asociaciones, de estadísticas sobre salud, de documentos administrativos, de artículos, de encuestas realizadas a la población en cuestión (encuestas epidemiológicas, KAP, sociológicas, etc.). Esta información **nos permite conocer el contexto**, identificar puntos en los que necesitemos información complementaria y buscar los mejores métodos para obtenerla. Puede parecer una tarea pesada, pero nos hace ganar mucho tiempo al permitirnos **acotar el contexto y las necesidades**.

Observación

Permite **describir** comportamientos y algunos de sus determinantes: relaciones sociales, entorno, etc., sin embargo, no permite profundizar en las creencias. La elección del lugar y del horario de observación depende del problema que deseamos estudiar. Podemos observar el entorno, a los individuos o a los grupos. En todos los casos, para evitar juzgar demasiado rápido, es necesario:

→ **Describir** atenta y minuciosamente.

→ **Comparar** observaciones.

En los proyectos de reducción de riesgos, la observación es particularmente útil e interesante.

PARA MÁS INFORMACIÓN,

consultar el guía *Recogida de datos, metodología cualitativas* en la intranet o en el blog DSC www.mdm-scd.org o escribiendo a s2ap@medecinsdumonde.net

Entrevista individual

Con un potencial beneficiario del proyecto, con una persona influyente o una persona que sirva de enlace con la población beneficiaria

Una entrevista individual puede permitir obtener **información muy precisa** y comprender mejor **los conocimientos, la percepción, las creencias, y los miedos de las personas, así como las dificultades que encuentran**. Es necesario crear un clima de confianza y de confidencialidad para que la persona se sienta libre para expresar su punto de vista. Una entrevista con una persona influyente permite identificar los obstáculos sobre los que habrá que trabajar, sensibilizar a las personas influyentes e intentar que apoyen el proyecto.

PUNTO CLAVEN

DIVERSIFICAR LAS FUENTES

Cuando buscamos información a partir de entrevistas individuales existe un riesgo importante de que se deforme la realidad. Evidentemente, una experiencia individual no se puede generalizar. Por tanto, es importante **realizar tantas entrevistas como sea posible y clasificar la información obtenida para poder distinguir las tendencias generales de casos de los casos particulares**.

PARA MÁS INFORMACIÓN,

consultar el guía *Recogida de datos, metodología cualitativas* en la intranet o en el blog DSC www.mdm-scd.org o escribiendo a s2ap@medecinsdumonde.net

Grupos focales

Los grupos focales permiten identificar distintos puntos de vista y comprender mejor **los conocimientos y las creencias, así como el funcionamiento del grupo**. Además, contribuyen a que la comunidad se

sienta identificada con el proyecto.

Se trata de una técnica de búsqueda cualitativa de información.

En la siguiente ficha práctica encontrarán consejos para la organización y el desarrollo de un grupo focal, sabiendo que un grupo focal suele formar parte de un proceso de búsqueda de información cualitativa que incluye distintos grupos focales (sobre el mismo tema pero con grupos distintos) y concluye con un análisis global de todos los grupos focales realizados y con una reunión final con la comunidad de los distintos grupos para presentar las conclusiones.

FICHA PRÁCTICA: PRINCIPIOS GENERALES DEL GRUPO FOCAL

El grupo focal es una técnica de búsqueda cualitativa de información

Tamaño del grupo

De seis a doce personas. En la práctica, también pueden funcionar bien grupos más pequeños (de cuatro personas como mínimo). De hecho, se recomienda dejar un margen cuando se elige a las personas, ya que a menudo aparecen personas que quieren participar en el último minuto.

Recursos humanos y materiales

- **Dos personas:** un moderador y un observador.
- **Una grabadora**, si es posible (muy recomendable).
- **Un esquema que sirva de guía para la entrevista** (preparado previamente).
- **Una comida o aperitivo**.

Preparación

Preparar un **guión para la entrevista**. Basta con cinco o seis preguntas pertinentes. Para seleccionarlas, empezar por realizar una lista de todas las preguntas que nos

parezcan interesantes (para asegurarnos de que no se nos olvida ninguna) y elegir, a continuación, las más importantes. Formular preguntas de forma abierta y neutra para evitar influenciar la respuesta.

Ejemplo de un guía de entrevista: consultar el guía *Recogida de datos, metodología cualitativas* en la intranet o en el blog DSC www.mdm-scd.org o escribiendo a s2ap@medecinsdumonde.net

Selección de los participantes

→ Proponer a entre **seis y doce personas** que participen, avisándoles al menos con uno o dos días de antelación. Sin embargo, en determinadas circunstancias, las personas pueden preferir que se realice el grupo focal en ese momento. Podemos entonces aprovechar esta oportunidad siempre que hayamos preparado previamente la guía de la entrevista.

→ Procurar reunir a los participantes en función de uno o varios criterios de **homogeneidad** (ejemplo: sexo, edad, categoría socioprofesional, etc.), dependiendo del tema que se vaya a tratar, para permitir así una participación libre e interactiva. Es recomendable **compensar** de alguna forma a los participantes que nos dedican su tiempo. Podemos hacerlo invitándoles a una bebida o a comer, o reembolsándoles el billete de transporte, por ejemplo. Sin embargo, Médicos del Mundo **no paga** a las personas que participan en un grupo focal. Al pagar correríamos el riesgo de limitar la libre expresión de los participantes. Así, algunas personas podrían sentirse obligadas a dar respuestas “para complacernos” o “para darnos las gracias”, en lugar de darnos las verdaderas respuestas. → No hay que olvidar avisar a algunas personas de la realización del grupo focal, si es necesario (**por ejemplo:** avisar al jefe del poblado).

Lugar y organización del espacio

→ **Elegir un lugar neutro:** no reunirse en los locales de planificación familiar si queremos preguntar a la gente si acude o no al centro de planificación familiar.

→ **Dejar que los participantes se coloquen como quieran,** para favorecer que el debate sea interactivo (si no se sientan desde el principio, podemos proponer que se dispongan en círculo).

→ **Evitar los carteles,** sobre todo los carteles de educación para la salud, para evitar que éstos influyan en las respuestas de los participantes. Por ejemplo, no dejar un cartel que defiende la lactancia si queremos preguntar a las madres sobre este tema, o un cartel sobre el preservativo si queremos hablar de las enfermedades de transmisión sexual.

→ Elegir preferentemente un **lugar tranquilo,** con pocas distracciones o intromisiones.

Duración

Calcular una hora y media (dos horas como máximo). Esta duración se refiere al grupo focal propiamente dicho, sin tener en cuenta el tiempo de preparación ni el análisis.

Desarrollo

Papel del moderador:

1. Presentar la sesión:

→ **Presentarse** y presentar a la persona que tomará las notas.

→ Pedir a los **participantes que se presenten** (en función del contexto, se puede proponer que cada uno escriba su nombre en una cartulina y se lo coloque delante para facilitar así la comunicación directa, siempre que el público sepa leer y escribir).

→ **Explicar que se van a tomar notas o a grabar** el debate para poder recordar después de la sesión los comentarios importantes. Pedir al grupo

su autorización y tranquilizarles sobre la confidencialidad de la información.

→ **Presentar los objetivos** y la forma de funcionamiento (debate libre y no un curso en forma de preguntas y respuestas).

2. Seguir un guión preparado previamente (lista de preguntas adaptadas a los objetivos del grupo focal):

→ Empezar por **preguntas abiertas** sencillas para introducir el debate y para que los participantes se vayan sintiendo cómodos.

→ Continuar con **preguntas abiertas más profundas** para enriquecer el debate y fomentar que se hagan comentarios libremente.

→ **Insistir en las preguntas** para profundizar en las respuestas.

→ **Reformular** para asegurarnos de que hemos entendido bien.

→ **Respetar los silencios** (tiempo de reflexión, que puede conducir a que tome la palabra una persona que probablemente no intervendría sin este silencio).

→ **Evitar las preguntas directivas** (¿No les parece que...?) y las preguntas de **elección fija** (¿Prefieren la solución A o la solución B?).

→ **Evitar las preguntas cerradas** (salvo que la respuesta que busquemos sea “sí” o “no”).

→ **Animar a todos a que participen** (dirigirse a las personas más reservadas, llamándolas por su nombre, y preguntándoles su punto de vista).

→ **Recordar que no hay respuestas correctas ni incorrectas.**

→ No responder si un participante nos pregunta nuestro punto de vista, sino devolver la pregunta al grupo: y ustedes, ¿qué opinan? Sin embargo, conviene estar disponible para responder a estas preguntas una vez que termine el grupo focal.

→ **Tomas algunas notas:** palabras clave, ideas especialmente pertinentes, temas en los que queramos insistir (aunque no sea el papel principal del moderador), etc.

3. Terminar realizando una síntesis con el grupo y, si se ha llegado a un consenso durante el debate, concluir hablando de ese punto.

4. Dar las gracias a los participantes.

Papel del observador:

Tomar notas, tanto de la comunicación verbal como de la no verbal. La grabación nos permite centrarnos en la comunicación no verbal, y **observar** realmente la reacción de los participantes.

Ventajas del grupo focal:

→ **Barato.**

→ **Rápido.**

→ **Interactivo.**

→ **Obtención de informaciones enriquecedoras** (permite estudiar los temas en profundidad).

→ **Flexibilidad** (permite tratar otros temas que no estaban previstos en un principio cuando surgen nuevas cuestiones de interés durante el debate).

Inconvenientes

→ **La influencia** de los **comentarios del moderador** (sesgo de **deseabilidad social**): los participantes querrán agradar al moderador y dar las respuestas que creen que este espera de ellos. Por tanto, el moderador debe ser tan **neutro como le sea posible** y tiene que ser consciente de la reacción que producen sus comentarios, sus gestos, su forma de actuar, etc. Por otro lado, el lugar debe ser lo más neutro posible.

→ Metodología cualitativa, en la que los participantes son poco numerosos y no han sido seleccionados al azar.

Por tanto, los resultados no se pueden generalizar (al contrario de lo que ocurre en el caso de los estudios cuantitativos en los que se utiliza una muestra).

→ En determinadas culturas, puede resultar muy **difícil para algunos grupos** de la población **tomar la palabra en público** (ejemplo: los jóvenes o las mujeres). En estos casos, hay que encontrar otras formas de conocer su punto de vista, o bien convencer a los responsables de la comunidad del interés de que participen en una reunión de grupo. Se puede facilitar el diálogo creando un pequeño grupo de personas que tengan algo en común (edad, sexo, experiencia).

→ A menudo, **es difícil** que las **poblaciones estigmatizadas** hablen de los problemas a los que se enfrentan. También es difícil hablar de los problemas relacionados con comportamientos “inconfesables” o estigmatizados. Es importante construir **grupos homogéneos** para ayudar a los individuos a hablar de estos problemas.

→ No todo el mundo se atreve a decir lo que piensa en grupo. Las **entrevistas individuales** permiten completar la información.

PARA MÁS INFORMACIÓN, CONSULTAR:

consultar el guía *Recogida de datos, metodología cualitativa* en la intranet o en el blog DSC www.mdm-scd.org o escribiendo a s2ap@medecinsdumonde.net Susan Dawson y Lenore Manderson; 1993; *Le manuel des groupes focaux, Méthodes de recherche en sciences sociales sur les maladies tropicales N°1*, PNUD/ Banco Mundial/OMS
A Guide to Developing Materials on HIV/AIDS and STIs, publicación del FHI

Encuesta CAP/KAP

Una encuesta CAP (Conocimientos-Actitudes-Prácticas), KAP (Knowledge-Attitude-Practice), o KAPB (Knowledge-Attitude-Practice-Belief), se interesa por los conocimientos, actitudes y prácticas (o saber, saber estar y saber hacer) y por las creencias de una población.

LA ENCUESTA CAP

Al obtener información de la población a partir de una encuesta CAP, los miembros de un programa de Médicos del Mundo perciben el nivel de conocimiento, las actitudes generales y las prácticas vigentes en el espacio en el que trabajan, lo que les permite:

→ Construir un diagnóstico cualitativo que pueda servir de referencia a la hora de realizar evaluaciones futuras (en especial, evaluación del efecto).
→ Entender las creencias de una comunidad (sobre distintas cuestiones que afectan a la salud), profundizar en determinadas problemáticas, o incluso centrarnos en una categoría minoritaria, específica.

→ Identificar los obstáculos que dificultan un cambio de comportamiento.

Los obstáculos que dificultan los cambios de comportamientos pueden deberse a la falta de conocimiento (desconocimiento de los beneficios que tendría un cambio de comportamiento en su salud, o desconocimiento del problema y de su gravedad). Un ejemplo de esto sería el desconocimiento de las formas de transmisión del VIH. También puede ayudarnos a identificar las creencias culturales, religiosas o sociales que están estrechamente relacionadas con el cambio en cuestión (por ejemplo, utilizar un

preservativo significaría que no somos personas respetables o que no confiamos en nuestra pareja), o incluso podríamos identificar una falta de saber hacer (por ejemplo, no saber cómo se utiliza un preservativo).

→ Pensar en la forma de actuar y organizar actividades adaptadas al contexto sociocultural local.
→ Facilitar el entendimiento mutuo entre los diferentes participantes del programa de Médicos del Mundo (beneficiarios, miembros locales y extranjeros de los equipos de Médicos del Mundo, etc.), especialmente cuando entra en juego la interculturalidad.

Ventajas de una encuesta CAP:

→ Puede realizarse a un gran número de personas.
→ Se trata de una metodología cuantitativa que permite obtener información cualitativa.
→ Si se toma una muestra representativa de la población para realizar la encuesta, los resultados serán generalizables.

Inconvenientes de una encuesta CAP:

No permite una visión tan profunda como las entrevistas. De hecho, para facilitar el tratamiento de los datos, las preguntas suelen ser cerradas. Sin embargo, es útil plantear varias preguntas abiertas para poder entrar más en detalle en algunos puntos.

PARA MÁS INFORMACIÓN,

pueden consultar la guía práctica "Encuestas CAP" y los cuestionarios CAP del S2AP, disponibles en la intranet de Médicos del Mundo, en el blog DSC www.mdm-scd.org o solicitando en s2ap@medecinsdumonde.net

Si desea realizar una encuesta CAP, le recomendamos que utilice como base el cuestionario CAP del S2AP, adaptándolo en función del contexto.

2 / CÓMO ESTABLECER LAS PRIORIDADES⁹⁻¹⁰

Generalmente, en los distintos programas de Médicos del Mundo, los proyectos de educación para la salud se integran en una temática clasificada como prioritaria en base a diversos criterios:

→ **Gravedad.**
→ **Frecuencia** y extensión del problema.
→ **Consecuencias** (psicosociales, socioeconómicas, etc.).

El apartado de educación para la salud debe contribuir a alcanzar el objetivo específico del programa, por lo que un primer criterio para establecer prioridades es **clasificar los proyectos** de educación para la salud según **su grado de contribución a la realización de este objetivo específico**. No se trata de aumentar el número de temas tratados en educación para la salud (no sería realista), sino de estudiar detalladamente uno o dos temas que sean coherentes con el proyecto global. Si dentro de un tema determinado **se cuestionan distintos comportamientos** y estimamos que no es realista trabajar sobre todos estos comportamientos al mismo tiempo, podremos **establecer prioridades** en función de los siguientes criterios: frecuencia y consecuencias del comportamiento, formas de actuar disponibles y posibilidad de éxito (algunos comportamientos puede que estén menos anclados en la población y que sean más fáciles de cambiar que otros), para determinar cuáles son los comportamientos en los que nos vamos a centrar. En los proyectos de educación para la salud, una vez establecido el diagnóstico, habrá que definir unas prioridades de investigación

y/o unas prioridades de acción:

→ Se establecerán unas **prioridades de investigación** si un problema se considera grave, frecuente y con consecuencias nefastas en materia de salud pero, sin embargo, no se han identificado, investigado y comprendido todos sus determinantes. Por ejemplo, realizar una encuesta CAP para profundizar en el problema.
→ Se establecerán unas **prioridades de investigación-acción** en los casos en los que se conocen y se entienden los determinantes del problema pero hay que encontrar formas de acción disponibles y realistas. Por ejemplo, probar varias formas de intervención posibles para seleccionar la más eficaz.
→ Se establecerán unas **prioridades de acción** en los casos en los que se conocen y se entienden los determinantes del problema y se han identificado unas formas de acción disponibles y realistas. Por ejemplo, dar prioridad a una actividad de educación llevada a cabo por personas del mismo entorno si el estudio del contexto deja patente que este tipo de acción es el que más posibilidades tiene de funcionar (como en el caso de que la población destinataria sea una población marginada).

3 / ELEGIR A LA POBLACIÓN DESTINATARIA

Generalmente, ya tenemos una idea general de la población destinataria desde que empezamos la fase de recopilación de información y realizamos los grupos focales o las encuestas CAP a una muestra de esta población destinataria. Sin embargo, la fase de diagnóstico puede llevarnos a reconsiderar a la población

9. Bury, J., *Education pour la santé: concepts, enjeux, planifications*, De Boeck Université, 1988

10. Pineault R et Davelly C, *La planification de la santé : concepts, méthodes et stratégies*. Agence d'ARC Inc., Montréal, 1986, pág. 480.

destinataria e incluso a realizar algunos cambios: podemos decidir reducirla porque hemos identificado a un grupo de riesgo prioritario, por ejemplo, o, por el contrario, nos gustaría ampliarla porque existe una fuerte interacción con otro sector de la población.

Algunos principios:

- **No mezclar** a los niños con los adultos.
- **Adaptarse al contexto cultural:** no mezclar los grupos si esto les impide expresarse libremente.
- En contextos multiétnicos, hay que **adaptar**, cuando sea posible, **los mensajes a las diferentes etnias** (principalmente el aspecto lingüístico). Si la zona presenta una diversidad étnica demasiado amplia, hay que plantearse si es pertinente dirigirse a una o dos etnias principales, reflexionando sobre los riesgos de la discriminación étnica.

REFLEXIÓN SOBRE LA CATEGORIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DESTINATARIA

La definición de un grupo destinatario parece ser un paso previo a toda acción. Es necesario plantearse algunas preguntas: **¿es siempre pertinente la elección de los destinatarios?, ¿es posible realmente definir distintos grupos? Y, sobre todo, ¿cuáles son las consecuencias de la elección de los destinatarios?** Según B. Taverne, “Designar a un grupo conduce inevitablemente a la exclusión y a la estigmatización”. Algunas personas que forman parte del grupo destinatario (población de riesgo de contraer el sida, trabajadores del sexo, drogodependientes, madres de niños malnutridos, etc.) pueden encontrarse en una **situación muy marginal tras la elección de los destinatarios**. Al designarles como grupo destinatario se les sitúa en **posición de acusados**, de sospechosos de transmitir la enfermedad. La designación constituye una

“acusación” a su actitud presente o pasada, que cuestiona su moralidad o su forma de vida. La tuberculosis es, en muchas zonas, sinónimo de pobreza y de mala vida. **La designación puede ir acompañada de actitudes de estigmatización o incluso de exclusión.** De esta forma, la identificación de los destinatarios es un proceso delicado y hay que prevenir los efectos negativos que puede producir: en los países en los que los esfuerzos de prevención se centran principalmente en la transmisión heterosexual del VIH, se consideraba que el género de la epidemia del sida era femenino, de la misma forma que en América del Norte se veía el sida como una “enfermedad gay”. El reconocimiento, desde una perspectiva de salud pública, de que las mujeres son biológica y socialmente más vulnerables a la infección del VIH se suma a la tendencia aplastante de la visión popular de satanizar a las trabajadoras del sexo y a otras mujeres “sexualmente inmorales”, tachándolas de peligrosas y contagiosas. La intervención puede causar efectos negativos: si centramos los recursos en las mujeres y el sida, ya que es necesario hacerlo, fomentamos la impresión generalizada de que el sida es un problema de las mujeres, desviando así la atención del papel y la responsabilidad de los hombres. De esta forma, actualmente en Nepal, por ejemplo, el sida tiene connotaciones raciales, de clase y de género. En África, las mujeres no quieren que se las vea con preservativos en sus casas, ya que esto significaría que se prostituyen. Por tanto, hay que ser prudente en la definición del grupo destinatario. **El hecho de aparecer como destinatario principal y, por tanto, como principal afectado, constituye un proceso de diferenciación de las personas dentro de un grupo.**

2 B

PROGRAMACIÓN

1 / FIJARSE OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS

RECUERDE:

Un objetivo o un resultado debe responder a las siguientes preguntas:

- | | |
|----------------------------|---|
| → ¿Qué queremos conseguir? | → ¿Cuál es la población beneficiaria? (Quién) |
| → ¿Dónde? | |
| → ¿En cuánto tiempo? | |

Podremos distinguir los objetivos generales y específicos del proyecto global, el objetivo específico del apartado de educación para la salud y los resultados esperados:

Objetivo general del proyecto:

Describir la situación en la que el proyecto pretende **intervenir** (ejemplo: disminución del número de personas afectadas por el VIH a escala nacional, reducción de la mortalidad infantil, etc.), precisando dónde, en cuánto tiempo, y cuál o cuáles son las poblaciones afectadas.

Objetivo específico del proyecto:

Describir **el objetivo** del proyecto (ejemplo: disminución de la mortalidad infantil debida a la diarrea, mejora del acceso a la atención sanitaria, etc.). A menudo es imposible alcanzar el objetivo específico del proyecto solo con la acción de educación para la salud, pero se alcanza gracias a los distintos apartados del proyecto de Médicos del Mundo que se integran dentro de una iniciativa de promoción de la salud, completándose mutuamente.

Objetivos educativos del apartado de educación para la salud:

Pueden ser de distinto orden, en función de la envergadura de la acción de educación para la salud realizada.

- **Objetivo de cambio de comportamiento:** aumentar el uso del preservativo entre los trabajadores del sexo o hidratar a los niños que sufren diarreas.
- Precisar dónde, en cuanto tiempo y para quién** (por ejemplo, conseguir que las madres hidraten a sus hijos cuando sufran diarreas en determinado distrito de aquí a un año).
- **Objetivo de la adquisición de conocimientos de la población:** por ejemplo, conocer las formas de transmisión del paludismo.

→ **Objetivo de la adquisición de técnicas de la población:** por ejemplo, ser capaz de utilizar correctamente una mosquitera y de impregnarla.

Resultados esperados:

Los resultados esperados se desprenden de los tres ámbitos del **saber, saber hacer y saber estar**.

→ **Adquirir y desarrollar un conocimiento (saber):**

Ejemplos: la población destinataria conoce los síntomas de las ETS, conoce los distintos anticonceptivos, sabe cómo se transmiten el paludismo y la esquistosomiasis, sabe para qué sirven las vacunas y conoce los principios nutricionales básicos.

Para evaluar a la población, podremos basarnos en un cuestionario de conocimientos (preguntas con respuestas del tipo verdadero o falso, o preguntas de elección múltiple), que habrá que realizar tanto al principio como al final del programa, o en el estudio de casos prácticos para evaluar las estrategias de solución de problemas al principio y al final del programa.

→ **Adquirir y desarrollar una práctica (saber hacer):**

Ejemplos: la población destinataria utiliza correctamente el preservativo, sabe preparar un suero oral y realiza correctamente gestos de primeros auxilios. Para evaluar esta acción, podremos rellenar un cuadro de observación al principio y al final del programa.
¿Qué queremos conseguir?:

→ **Adquirir y desarrollar una actitud (saber estar):**

Ejemplo: la población destinataria sabe decir no a una relación sin protección, es empática. Para evaluar a esta población podremos utilizar cuadros de observación al principio y al final del programa (podemos observar un juego de rol, por ejemplo, en el que se plantea una determinada situación).

→ **Desarrollar y adquirir una práctica:**

Ejemplo: la población destinataria vacuna a sus hijos, actúa apropiadamente si un niño presenta signos de deshidratación y se protege si mantiene relaciones sexuales de riesgo. Para evaluar el resultado, podemos preguntar a las personas lo que hicieron la última vez que se presentó la situación (preguntas que evalúan las prácticas de las encuestas CAP).

De forma general, siempre hay que tener en mente los límites de los métodos de evaluación utilizados: un juego de rol no permite evaluar las prácticas reales de la gente. Así, en un juego de rol, una persona mostrará, por ejemplo, que sabe cómo rechazar una relación sin protección, pero esto no garantiza que pueda hacerlo en la vida real. Durante un juego de rol la persona actúa, se mete en su papel, de forma que puede desmarcarse de la vida real y superar ciertos obstáculos, como la presión social o la presión cultural. Sin embargo, en situaciones reales, estas barreras pueden surgir e inhibir a la persona que, aunque sepa lo que tiene que decir, no se atreve a hacerlo.

Por tanto, hay que ser muy consciente de los límites de lo que evaluamos y no aplicar nuestros resultados a lo que no se pueda evaluar con el mismo método utilizado.

Nota: una encuesta CAP al final del proyecto y compararla con una encuesta CAP de referencia, realizada antes de comenzar el proyecto, permite evaluar los resultados en los tres ámbitos del saber, saber hacer y saber estar.

2 / DEFINIR INDICADORES PARA LOS OBJETIVOS Y LOS RESULTADOS

RECUERDE:

Un indicador es una medida **cuantitativa o cualitativa, comprobable, que describe el estado o el cambio de estado por medio de una comparación temporal, de forma que permite apreciar las diferencias con respecto al punto de referencia y a los objetivos previstos. El indicador en sí no está definido, sino que se completa con la definición de un objetivo y un punto de referencia cuando está disponible.**

De forma general, un indicador y su objetivo deben ser:

- Específicos
- Medibles
- Alcanzables
- Relevantes (pertinentes)
- Determinados en el tiempo

Ejemplos de indicadores utilizados en la educación para la salud:

→ **Porcentaje de la población que conoce una información.** Este indicador se puede medir utilizando cuestionarios. Podemos comparar este porcentaje con la situación previa al proyecto realizando un cuestionario antes y otro después de la intervención. Podemos fijar un objetivo y medir lo que nos queda por conseguir. Por ejemplo, cuestionario antes y después sobre las formas de transmisión del VIH, sobre los síntomas que pueden indicar que

padecemos una ETS, o sobre las distintas formas de contracepción posibles.

→ **Porcentaje de la población que sabe cuál es el comportamiento recomendado.**

Información sobre un determinado comportamiento (p. ej., no mantener relaciones sexuales sin protección).

→ **Porcentaje de la población que afirma querer adoptar dicho comportamiento.**

A menudo, aunque se conocen los comportamientos recomendados, la población no afirma sentirse preparada para adoptarlos. Por tanto, es interesante buscar el porcentaje de la población que afirma querer adoptar este nuevo comportamiento.

→ **Porcentaje de la población que realmente adopta el comportamiento recomendado.**

Es muy útil preguntar sobre las prácticas reales de la gente, ya que a menudo existe un gran desfase entre los conocimientos y la práctica. Ahora bien, la única información que tenemos a este respecto son sus propias declaraciones sobre sus prácticas (no podremos comprobarla en situaciones reales), y existe el conocido riesgo de sesgo de deseabilidad social, que consiste en que las personas responden con lo que piensan que es la respuesta esperada por el encuestador, en lugar de responder con lo que hacen realmente. Por tanto, siempre hay que interpretar con prudencia la información procedente de declaraciones personales.

→ **Porcentaje de la población que conoce una práctica (saber hacer).** Podemos medirla con cuadros de observación (objetivo) o con cuestionarios (¡pero cuidado con la subjetividad de las respuestas!).

Por ejemplo: observar como prepara una mujer el suero para hidratar a su hijo, antes y después de una acción. Otra posibilidad sería preguntarle si sabe preparar el suero oral antes y después (pero nos basaríamos en declaraciones personales, que son subjetivas).

Otros ejemplos de saber hacer que habrá que evaluar: preparación de una comida equilibrada, utilización del preservativo, uso adecuado de las mosquiteras, etc.

→ **Creencias vinculadas a una enfermedad, a un tratamiento, a las relaciones entre hombres y mujeres, etc.**

Podemos realizar una evaluación a través de una encuesta CAP, de un grupo focal o incluso de una entrevista. Una vez más, es útil realizar una evaluación antes y otra al finalizar el proyecto para poder medir la evolución de estas creencias.

Por ejemplo: el VIH se ve como un castigo al principio pero deja de serlo al final.

Otro ejemplo: en un programa de lucha contra la violencia machista, la educación para la salud pretende, entre otras cosas, modificar la forma de ver la relación entre el hombre y la mujer. Esta relación se percibe, en un principio, como una relación entre dominante y dominado, así es que intentamos que cambien su forma de pensar y la vean como una relación de igual a igual. Evaluaremos esta percepción a través de los grupos focales, de las entrevistas y de las encuestas CAP.

→ **Comportamiento con una población estigmatizada.**

Podemos evaluarlo con cuestionarios CAP o realizando un juego de rol (teniendo presentes los límites de este, ya que no permite evaluar las prácticas reales de la gente).

Por ejemplo: realizar un juego de rol para ilustrar las reacciones espontáneas que se tienen frente a una persona seropositiva y hacer que evolucione la forma de pensar gracias a la educación para la salud con el tema de la marginación.

3 / DEFINIR UNA ESTRATEGIA BCC:

Como hemos visto más arriba, una estrategia BCC implica acciones de IEC y crear las condiciones favorables del entorno para que se produzca el cambio de comportamiento (acción sobre las políticas públicas, sobre la organización del sistema sanitario, presión política etc.). De esta forma, intentaremos construir una estrategia que responda a

un objetivo global de promoción de la salud. Sin embargo, no presentaremos aquí la parte correspondiente a las acciones a escala macroambiental. Lo que sí presentaremos son los distintos medios de IEC disponibles para eliminar los obstáculos que impiden el cambio de comportamientos a escala individual o de grupo (trabajo sobre el saber, el saber hacer y el saber estar).

Qué método(s) de IEC utilizar según el contexto

Elegiremos una o varias metodologías, dependiendo de la población destinataria (adecuación de la metodología a la población destinataria), del enfoque elegido (según si queremos adoptar un enfoque informativo, responsabilizador o participativo), de los resultados esperados y de los problemas (problemas de tiempo, medios disponibles limitados, etc.).

PUNTO CLAVE

DIVERSIFICAR LAS FORMAS DE COMUNICACIÓN

Siempre es preferible utilizar **distintas formas de comunicación**. Desde el punto de vista del público, **la credibilidad y la fiabilidad del mensaje aumentan con el aumento de las fuentes**. Por otro lado, **se da fuerza al mensaje y se propicia su asimilación**. Sin embargo, **no se pueden utilizar canales que hagan perder credibilidad al mensaje**. Los canales que se consideran fiables pueden cambiar dependiendo del país y del contexto. Por ejemplo, según el contexto una cadena de televisión puede considerarse como una fuente de información válida o, por el contrario, como una fuente de información no fiable que manipula la información. **Por lo tanto, es necesario conocer bien el contexto para saber cuáles son los canales que la población destinataria considera legítimos.**

FUNCIÓN Y LUGAR DEL EMISOR

¿Puede una mujer representar a un personaje central, a una heroína que da un consejo?, ¿es apropiado situar a un niño como protagonista para denunciar la violencia conyugal sabiendo que en numerosas sociedades el niño no tiene derecho a hablar?

Atención: en este tipo de discursos, invitamos a seguir el ejemplo o el consejo de una persona representada en el cartel pero sin precisar quién es ni por qué hay que seguir su ejemplo. **Sin embargo, la legitimidad del emisor es tan importante o más que el mensaje en sí.**

El saber científico tropieza con la sabiduría popular pragmática basada en la experiencia del emisor.

Durante la creación de herramientas o durante la selección de personas para la comunicación interpersonal es fundamental preguntarse cuál es el papel, el lugar y el estatus que se da a los emisores. ¿En nombre de quién hablan?

En los mensajes, podemos escuchar la voz de la ciencia, la de la sensatez, la del sentido común o, incluso, la de la infancia. Así, podemos encontrar recursos creados en el ámbito escolar en el marco de un programa de educación para la salud en el colegio. Además de formar a un futuro adulto autónomo y responsable frente a los problemas de salud, se trata de transmitir información a los adultos por medio de los niños: «lo hemos visto en clase, Mamá, ¡no te arriesgues!». Sin embargo, en muchas sociedades, sobre todo africanas, el niño no está en medida de informar a los adultos (por razones sociales, de autoridad, etc.).

No se puede descuidar este punto, ya que el papel y el lugar los asignará la población a los emisores. **La recepción de un mismo mensaje puede cambiar en función de quién sea el emisor: algunas personas tienen más credibilidad que otras**

(ya sea por su experiencia, por lo que representan, por su historia, por su carisma, etc.). Una vez más, el papel y la credibilidad que se atribuya a los emisores dependerá de la cultura de los destinatarios. Así, en las sociedades en las que se valora la experiencia, ¿qué credibilidad tendría un mensaje de una campaña de vacunación presentado por una estrella del fútbol?

Para cada situación y cada tema, hay que tener perfectamente claro quién se considera que es la persona más adecuada para hablar. El papel y el lugar que se atribuye a cada uno es fundamental en la comunicación socioeducativa, ya que contribuye a legitimar y dar credibilidad al mensaje y a la institución que lo transmite. Además, en el caso de la comunicación interpersonal, contribuyen a crear una relación social en la que los destinatarios pueden pasar de pasivos a activos en función de la confianza que se atribuya al emisor.

Una buena elección del emisor permitirá también, en situaciones de comunicación interpersonal, **adaptar el mensaje**, construyendo el discurso y las prácticas a partir de su experiencia. Gracias a esta adaptación, tanto para los emisores como para la población destinataria, se da sentido al mensaje, que a veces transmite conductas que se alejan del ambiente cultural local y de la forma de ser y de actuar normal. El modelo médico necesita adaptaciones para traducirse en prácticas, sobre todo si este modelo de atención sanitaria se ha creado lejos

del contexto local en el que se aplicará. La proximidad cultural, social, de género, de edad, etc., que existe entre el emisor y los beneficiarios permite adaptar los mensajes a la realidad de los destinatarios.

Es imprescindible conocer las experiencias presentes o pasadas de los trabajadores o de los voluntarios para poder entender cómo se transmitirá el mensaje, cómo se adaptará y cómo van a realizarse las sesiones, dado que las sesiones las realizará un individuo.

La actitud de las personas puede cambiar en función de la presencia real o subjetiva de las demás. **Se trata del proceso de influencia social**, que se une a las nociones de educación, imitación, conformismo, obligación, condicionamiento, obediencia, liderazgo, persuasión, etc. **La influencia social se da sobre todo en las sociedades que obligan al individuo a actuar según las normas sociales:** se habla de influencia normativa para describir la actitud que consiste en conformarse con lo que otros esperan que hagamos, por miedo a ser “castigados” socialmente (ser víctima de enfados, rechazado o marginado). Se trata del sentido de la sumisión a la presión de grupo, que hace que el individuo controle su comportamiento externo (por ejemplo, a veces se acusa a las mujeres que acuden a sesiones de sensibilización de querer vivir a la europea).

Si la influencia es predominante, hay que identificar a las personas influyentes:

→ Personas a las que se considera como una fuente de conocimiento (las personas mayores, las mujeres que han tenido muchos hijos, los traditerapeutas, las matronas, etc.).

→ Las personas a las que ve como una fuente de inteligencia (profesores, médicos, etc.).

→ Personas que se benefician de un estatus importante y prestigioso (jefe, líderes de opinión, suegra, portera, etc.).
→ ...

La educación a través de profesionales sanitarios

(Entrevistas individuales y de grupo, con el uso de técnicas de animación y distintos recursos)

LA EDUCACIÓN A TRAVÉS DE PROFESIONALES SANITARIOS (MÉDICOS O PARAMÉDICOS)

Destinatarios

Todo tipo de población, ya sean personas enfermas o sanas. En un proyecto de educación de pacientes, es decir, cuando el público son personas enfermas (ejemplo: consejos de prevención para personas que viven con el VIH, consejos de nutrición para diabéticos, etc.), el nivel de especialización requerido es bastante elevado. Por tanto, los profesionales sanitarios resultan ser, a menudo, las personas más adecuadas y más aptas para responder a las preguntas y preocupaciones de los pacientes. Ahora bien, los profesionales sanitarios no son las únicas personas que pueden participar en la educación de los pacientes y existen otras vías, como **la educación por un igual y la mediación sanitaria**, que pueden resultar muy útiles y responder a otras necesidades (escucha, comprensión, apoyo, transmisión del saber profano adquirido por los enfermos, etc.).

Tipo de enfoque

Cuando son los profesionales sanitarios los protagonistas de la educación, es preferible utilizar un **enfoque informativo y responsabilizador** en lugar de un enfoque exhortativo. Esto es perfectamente compatible con un enfoque participativo, utilizando recursos y técnicas de animación interactivas, que animen a todos a participar.

Dificultades

Para que un profesional sanitario realice actividades educativas es **necesario que aprenda técnicas de animación y a utilizar los recursos disponibles**. Cuidado con las trampas: los médicos pueden estar tentados de transmitir mensajes muy “medicalizados” y corren el riesgo de olvidar las otras dimensiones (sociales, culturales, religiosas) de la salud.

Los intermediarios de la comunidad como educadores

(Entrevistas individuales y de grupo, con el uso de técnicas de animación y distintos recursos)

¿Quiénes son los intermediarios con la comunidad?

→ **El personal sanitario de la comunidad**, que desempeña el papel de intermediario entre la comunidad y las instituciones sanitarias. Su estatus y sus funciones pueden variar en función del país y de la región: desde el voluntario que ayuda a dar a conocer los servicios de salud en la comunidad, hasta el trabajador del sistema sanitario que trabaja directamente en la atención sanitaria.

→ **Un mediador sanitario**. La mediación tiene como objetivo la resolución de conflictos

personales gracias a la intervención y a la neutralidad de un tercero. Un mediador sanitario intenta equilibrar las relaciones de poder existentes en la relación médico-paciente. En ocasiones, también es necesario un mediador intercultural en materia de salud. El mediador debe pertenecer preferentemente al mismo entorno sociocultural que el paciente y debe, además, conocer bien el medio médico. Permite facilitar la comprensión eliminando las posibles barreras lingüísticas y culturales.

LOS INTERMEDIARIOS DE LA COMUNIDAD COMO EDUCADORES

Destinatarios

Los intermediarios con la comunidad desempeñan un papel especialmente importante en las poblaciones vulnerables en materia de salud. Permiten llegar a las poblaciones aisladas geográficamente de los sistemas sanitarios o a las poblaciones minoritarias, que no tienen el mismo idioma ni la misma cultura que la mayoría de la población y necesitan traducción y mediación cultural.

Tipo de enfoque

Los mediadores sanitarios podrán utilizar cualquier tipo de enfoque salvo el enfoque exhortativo, que no se corresponde con la mediación. Pueden apoyar una actividad de educación para la salud que realice un profesional sanitario estando presentes en las entrevistas, reuniones o talleres para ayudar a eliminar las barreras culturales que dificultan la comprensión del mensaje y facilitar la asimilación del mensaje por los destinatarios. También pueden realizar ellos mismos proyectos de educación para la salud, organizando actividades y transmitiendo mensajes en un barrio o en un grupo, beneficiándose de su legitimidad como “mediador sanitario”.

El personal sanitario de la comunidad podrá utilizar cualquier tipo enfoque, teniendo en cuenta que la población destinataria aceptará mejor o peor el mensaje según el **crédito y la legitimidad que tenga el personal sanitario de la comunidad en el lugar en el que nos encontremos.**

Dificultades

Se necesitan **tiempo y recursos** para formar a los intermediarios con la comunidad y para realizar el proyecto.

PARA SABER MÁS:

- Le rôle des agents de santé communautaire, documento del S2AP (Marie-Agnès Marchais), disponible en la intranet de Médicos del Mundo o solicitándolo en s2ap@medecinsdumonde.net
- Página web del L'institut de médecine et d'épidémiologie appliquée, colloque médiation en santé publique (coloquio sobre la mediación en la salud pública. Información en francés).
- Página web de las Jornadas de prevención de 2008 del INPES (Instituto Nacional de Prevención y Educación para la Salud de Francia), 7ª sesión: la médiation interculturelle en santé (información en francés).

La educación por un igual

(Entrevistas individuales y de grupo)

¿Qué es un igual?

Un igual es una persona que comparte con otra numerosas **características comunes:** edad, sexo, intereses, ocupación, aspiraciones e incluso el estado de salud (por ejemplo, personas portadoras del VIH o personas diabéticas). Un igual puede transmitir a un individuo o a un grupo el saber, saber hacer y saber estar necesarios para cambiar los comportamientos. El igual no es una figura autoritaria (profesor, jefe del poblado, personal sanitario de la comunidad, etc.), tiene un **estatus similar**

al del individuo o grupo al que se dirige (**efecto espejo**). Gracias a ello **facilitará la comunicación** y el debate en un **ambiente de confianza** propicio para cambiar comportamientos. Un igual puede dirigirse a otro igual en una entrevista individual o a grupo de iguales (puede utilizar técnicas de animación y distintos recursos). Puede intervenir para intentar eliminar los obstáculos individuales y de grupo que impiden el cambio. Sin embargo, no puede eliminar los obstáculos del entorno para los que recurriremos a otras estrategias como, por ejemplo, la presión política.

LA EDUCACIÓN POR UN IGUAL

Destinatarios

La educación por un igual es especialmente recomendable cuando queremos dirigirnos a algunos grupos de población que están más **aislados, más marginados o son más vulnerables** (ejemplo: personas que viven con el VIH, homosexuales, etc.).

Tipo de enfoque

La educación por un igual suele adoptar un **enfoque participativo**, aunque también puede recurrir al enfoque informativo o responsabilizador. Por tanto, resulta muy útil cuando queremos crear una **dinámica participativa, fomentando la implicación de los individuos y haciendo que la comunidad se conciente** de los problemas de salud.

Dificultades

Para la educación por un igual es necesario **tener tiempo** (al menos dos años), para poder seleccionar y formar a los iguales y poner en marcha el proyecto. También es necesario que haya iguales interesados y tener los medios necesarios para formarlos.

PARA SABER MÁS:

- How to create an effective peer education project, AIDSCAP handbook, FHI
- Ficha práctica "Peer education", documento del S2AP disponible en la intranet de Médicos del Mundo o solicitándolo en s2ap@medecinsdumonde.net

Los medios de comunicación de masas

LA COMUNICACIÓN DE MASAS

Destinatarios

Todo tipo de público. Resulta muy útil si queremos **llegar rápidamente a un gran número de personas**. Para llegar a una población concreta, podemos utilizar una revista especializada, la prensa o la radio local y elegir el momento de un programa concreto para transmitir el mensaje.

Tipo de enfoque

La comunicación de masas responde a un **enfoque informativo**. La comunicación es indirecta: no es ni el personal sanitario ni un igual quien comunica directamente el mensaje a la población. Sin embargo, sí que hay **una persona que anuncia** el mensaje, y la forma de entender el mensaje varía en función de los siguientes factores: si el personaje es ficticio o real, si dice pertenecer a una institución determinada (ministerio, hospital, escuela, asociación religiosa o cultural...), profesión (médico, profesor, investigador...) y si se trata de una persona mayor, de una mujer, de un niño, etc. Es muy importante estudiar cuáles son los criterios que debe cumplir el anunciante para que su mensaje resulte legítimo en el entorno y frente a

un público determinado. Así, en la misma ciudad, dos grupos socioculturales distintos no tendrán los mismos criterios a la hora de considerar la legitimidad del anunciante, por lo que queda patente la importancia de conocer bien al grupo al que nos dirigimos.

También resulta muy útil cuando **queremos recordar un mensaje** (por ejemplo, en el marco de un programa a largo plazo). El contenido del mensaje, en principio de naturaleza informativa, irá determinando el tipo de enfoque. De esta forma, un mensaje también puede ser responsabilizador o incitar a una actuación participativa en el ámbito de la salud. La utilización de los medios de comunicación puede ayudar a dar credibilidad al mensaje en los lugares en los que se considera que es una fuente fiable. Al contrario, algunos medios de comunicación están deslegitimados, ya que se relacionan con un Estado corrupto.

Dificultades

Para utilizar la comunicación de masas hay que informarse sobre los medios de comunicación (radio, prensa o televisión) presentes en la región y saber qué atención prestan a los temas que influyen en la salud. Es necesario crear acuerdos de colaboración con ellos y tener **los recursos económicos disponibles para contratarlos**.

PARA SABER MÁS:

- "Behaviour change through mass communication", AIDSCAP handbook, FHI

La educación en el medio escolar

LA EDUCACIÓN EN EL MEDIO ESCOLAR

Destinatarios

Niños y jóvenes escolarizados. También pueden serlo los padres de los alumnos.

Tipo de enfoque

La educación en el medio escolar responde a un enfoque **informativo, responsabilizador y participativo**. Puede ser solo informativa, si las actividades realizadas son meramente informativas. También puede ser responsabilizadora, si las actividades utilizan técnicas de animación y herramientas interactivas que hagan a los niños plantearse las consecuencias de sus comportamientos en materia de salud. Por último, puede ser participativa si se anima a los niños a desarrollar actividades colectivas para mejorar su salud o la de su familia y su entorno.

Dificultades

Un proyecto de educación en el medio escolar **necesita tiempo para crear acuerdos de colaboración con el sistema educativo nacional, incluir el proyecto en el programa del curso escolar, etc.**

PARA SABER MÁS:

Broussouloux S. y Houzelle-Marchal N., *Éducation à la santé en milieu scolaire*, éditions Inpes, 2006.

PUNTO CLAVE

RELEGAR EN PERSONAS INFLUYENTES PARA QUE TRANSMITAN EL MENSAJE.

Los mensajes transmitidos por personas influyentes tienen más peso. Por tanto, es útil aprovechar esta vía, sea cual sea la forma de comunicación que se utilice. En cada contexto, es importante identificar a las personas influyentes y pedirles que suscriban o que transmitan el mensaje. Según el contexto, las personas influyentes pueden ser artistas, la presidenta de la asociación de mujeres, representantes de las autoridades locales o religiosas, profesores, personal sanitario, personal local, etc. **Estas personas influyentes lo son, a menudo, por su experiencia, que da legitimidad a los mensajes. Se considera que esta persona sabe de lo que habla y la población tiene más tendencia a creer a aquellos que tienen experiencia.**

Acuerdos y colaboración

El procedimiento para crear acuerdos de colaboración es el mismo que el de cualquier programa de Médicos del Mundo. En los proyectos de educación para la salud, puede resultar especialmente interesante colaborar con:

- El medio escolar.
- El medio asociativo local.
- Los medios de comunicación (para transmitir los mensajes educativos).

4 / PROBAR LAS HERRAMIENTAS

En los proyectos de educación para la salud, tendremos que elaborar numerosas herramientas:

- Para el diagnóstico: recursos de recopilación de información, como los cuestionarios de encuesta CAP.

→ Recursos de educación para la salud, elaborados en forma de mensajes, en ocasiones utilizando imágenes.

Es muy importante probar estos recursos.

En cuanto a las herramientas que sirven para recoger datos y alimentar el diagnóstico, el hecho de probarlas permite optimizar la tarea, al comprobar la validez y la riqueza de los datos obtenidos. Por ejemplo, probar un cuestionario de encuesta CAP permite comprobar:

- **Su buen funcionamiento** (coherencia de los filtros).
- **Que las preguntas se entienden bien** y una misma pregunta no se puede entender de varias formas distintas. Esto permite asegurarse de que la información proporcionada en las respuestas no está condicionada por la formulación de las preguntas.
- **Que no hemos olvidado preguntas importantes.** Esto permitirá completar el cuestionario si es necesario y no pasar por alto datos importantes.

En cuanto a los recursos de educación para la salud, también es igualmente importante probarlos. Para crear herramientas de educación para la salud es imprescindible conocer en profundidad las creencias, el contexto y la organización sociocultural del público al que nos dirigimos.

LOS PRINCIPALES DETERMINANTES SOCIOCULTURALES QUE HAY QUE TENER EN CUENTA SON LOS SIGUIENTES:

→ **Las creencias culturales (y las palabras que se utilizan para referirse a ellas: la lengua) de la población y del emisor sobre el tema en cuestión: ¿Tienen la misma idea de la violencia el público destinatario y los profesionales**

que elaboran un mensaje de sensibilización?, ¿qué palabras se utilizan para hablar de la violencia en una sociedad determinada?

→ **Los códigos culturales conscientes o inconscientes que dan sentido (explícito o implícito) a los mensajes: por ejemplo, en el sistema cultural birmano, ¿cuáles son los signos (flechas, ideogramas, colores, gestos, etc.) que se suelen utilizar para indicar el riesgo?**

→ **El contexto sociocultural y la organización** (estructura familiar, tipo de actividad por género, relación de autoridad, etc.): ¿tiene siempre la población los medios necesarios para poner en práctica los consejos o para evitar que se cumplan las amenazas que se hacen en los mensajes? (cartel sobre la importancia de lavarse las manos con jabón, en colegios en los que no hay agua).

Tomemos un ejemplo ilustrado por B. Taverne¹¹: En Burkina Faso, la fórmula que se emplea en los mensajes de sensibilización contra el sida se presenta en forma de alternativa: “fidelité ou capote” (“fidelidad o condón”). Si bien el segundo término no se presta a ningún tipo de confusión, ya que se refiere a un objeto, ¿qué significado atribuirá la población al término “fidelidad”? Este mensaje amenazante se refiere a un comportamiento sexual determinado que parece ser evidente, ya que no viene acompañado de explicación alguna. Sin embargo, ¿qué significado tiene el término “fidelidad” para la población (en algunos casos, polígama)?, ¿qué lugar ocupa este concepto dentro del conjunto de normas y valores que regulan las relaciones entre hombres y mujeres?

11. Taverne F., « Valeurs morales et messages de prévention : la fidélité contre le sida au Burkina Faso », communication au colloque international « Sciences sociales et sida en Afrique : bilan et perspectives », 4 - 8 novembre 1996, Saly Portudal - Sénégal, pp. 527-538.

Debemos reflexionar sobre el significado que se da a un término, tanto en el ámbito de la sexualidad como en cualquier otro, y tener en cuenta el marco social y cultural en el que se da un determinado comportamiento. Es importante **probar el formato de la herramienta**: ¿Es adecuado en un contexto determinado y para una población determinada utilizar un cartel, un folleto, una obra de teatro...? Algunas herramientas (como el teatro o el juego de la oca) son propias de ciertas culturas y puede que no se adapten a determinados contextos, ya que atraerán la atención del público por la forma (nueva para ellos) y no por los mensajes que intentan transmitir. Sin embargo, en otros contextos, podrán emplearse con éxito aunque la población no estuviera familiarizada con ellos previamente. No hay una fórmula magistral, pero es importante cuestionar la herramienta en sí: **¿es conocida?, ¿resulta familiar a la población?, ¿qué nos evoca?, ¿se puede utilizar en el contexto dado?**

Asimismo, se recomienda **probar los mensajes**, ya sean textos o imágenes. Como sabemos, la utilización de unas palabras o de una imagen se basa en códigos propios de cada cultura y de cada grupo social. Una misma imagen o un mismo mensaje podrán interpretarse de distinta forma según el grupo sociocultural. Las palabras, las fotografías, los objetos, los lugares, o incluso los gestos son signos (ya que nos proporcionan información) que extraen el sentido de todos los aspectos de la cultura y de la vida social: en los mensajes, la presencia de un objeto, las características de un lugar o el gesto de una persona tienen un sentido que, en ocasiones, va incluso más allá de la función del objeto. Así, la imagen de una jeringuilla puede evocar un significado terapéutico (una vacuna, por ejemplo), o una práctica de riesgo (inyección de heroína). De la misma manera, la imagen de un policía en un cartel de sensibilización contra la violencia machista puede significar

protección (la noción de seguridad y justicia) o significar una forma de agresión (violencia policial, corrupción, etc.).

Dependiendo de la sociedad, las frases no se construyen de la misma manera y las palabras que se utilizan para decir algo no son las mismas (más allá del problema del idioma o de la traducción, evidentemente). Por tanto, hay que conocer la forma de comunicación verbal de una población. **¿Qué idioma utilizar?, ¿qué dialecto elegir en los contextos de pluralidad étnica?, ¿qué registro y qué vocabulario técnico podemos emplear?**, ¿es una buena estrategia hablar de la violencia como un problema de salud público (como se leía en un cartel de la OMS) cuando nos dirigimos a mujeres que son víctimas de la violencia?, **¿de qué forma dirigirnos a la población?** Un cartel creado en Francia en el que aparecía un hombre al teléfono de espaldas a los destinatarios y en el que se leía "Tu es nul si tu la frappes" ("si le pegas, no eres nadie") suscitó una gran incompreensión en Haití. El cartel fue rechazado por sus destinatarios debido a que la forma de dirigirse al público era errónea (el hombre no miraba a los destinatarios) y a que las palabras elegidas implicaban un juicio. En algunas culturas, para decir que "todo va bien" la palabra o la expresión utilizadas se asocia con un gesto o un ruido. Asimismo, para decir "estar sano", encontraremos distintas expresiones según la zona en la que nos encontremos: "être en paix" ("estar en paz"), "être en équilibre" ("estar en equilibrio"), etc. Así, los mensajes que utilicen estas expresiones y gestos serán más fáciles de interiorizar por la población, ya que se acercan más a su realidad idiomática. El lenguaje verbal en su forma escrita es también una fuente de discriminación, ya que agrava considerablemente la diferencia entre analfabetos y no analfabetos. También es interesante preguntarle a la gente a quién cree que está dirigido el mensaje.

En los mensajes, presentamos una realidad a un individuo teniendo en cuenta si se va a sentir identificado o no con la imagen: imagen de una mujer que va a vacunarse, de una persona durmiendo debajo de una mosquitera, de una persona lavándose las manos. Sin embargo, se tiene que cumplir la condición de que el destinatario se reconozca detrás del mensaje. Por ejemplo, hay que tener en cuenta que la forma de vestirnos indica el lugar que la persona ocupa en la sociedad, por lo que es necesario conocer los códigos de vestimenta de la clase social a la que nos dirigimos (bata de trabajo, traje y corbata, traje de chaqueta, túnica, etc.). Efectivamente, algunas campañas fracasan porque los destinatarios del mensaje no se sienten identificados con el mensaje, ya sea porque no se reconocen en la forma de transmisión del mensaje, en las palabras utilizadas o en las imágenes.

Queda patente la necesidad de probar las herramientas y métodos utilizados para comprobar que los destinatarios entienden bien los códigos utilizados y los interpretan de la forma esperada. Un refrán o un símil puede tener sentido en una cultura determinada y resultar opaco en otra. Por tanto, es **imprescindible conocer detalladamente el significado y los códigos que da una cultura a determinadas imágenes**. De esta forma, son muchos los criterios que entran en juego para la comprensión y la asimilación del mensaje y es preferible probar las herramientas antes de utilizarlas para evitar que se interpreten de manera errónea, para que no tenga efectos negativos y para asegurarse de que el público destinatario se siente identificado con ellas.

Consejos prácticos para probar las herramientas:

- Probar las herramientas en **entrevistas individuales o en grupos focales**. Se pueden probar y comparar varias versiones.
- Intentaremos probar la **comprensión**

del mensaje y saber si está **culturalmente adaptado** al contexto y si es **bien acogido**. Comprobaremos también **la impresión general** que se tiene de la herramienta (positiva/negativa, clara/complicada, entusiasta/neutra, etc.).

- Probamos una herramienta **globalmente**: no solo los mensajes **escritos**, sino también las **imágenes**, la **música** si la hay, la **forma**, etc.
- Siempre resulta útil pedir a los participantes sus **sugerencias de mejora**.

No olvidar:

- Preparar el material previamente: hacer fotocopias de los folletos para todos los participantes del grupo focal, comprobar si funciona el material audiovisual, si es necesario (la prueba debe hacerse en buenas condiciones).
- Para los carteles y los juegos de cartas, cubrir las palabras con un post-it para observar primero la reacción frente al dibujo.
- **Preparar un cuestionario para la prueba** o una guía de entrevista previamente.
- En el caso de los **documentos escritos**: comprobar que se **leen bien**.
- Evaluar el nivel escolar. Cuantas más palabras de tres sílabas hay, más alto es el nivel escolar exigido para entender el mensaje (véase el método SMOG en la guía AIDSCAP*). Si el nivel escolar necesario es demasiado elevado, puede ser conveniente volver a redactar el documento utilizando un vocabulario más sencillo.

Podemos incluso probar la prueba: Siempre es útil probar el cuestionario con varias personas para asegurarse de la pertinencia de las preguntas y de su comprensión y para estar seguros de que la formulación de las preguntas da pie a respuestas libres y sinceras.

*Véase *How to conduct effective pretests*, AIDSCAP handbook, FHI, 1994 (información en inglés).

2020

APLICACIÓN

➤ Hay un punto especialmente importante: es necesario encontrar la forma de realizar ajustes. Véase el procedimiento de planificación general¹².

1 / AJUSTES DEL PROGRAMA

→ **Prever un tiempo desde el principio** para reflexionar sobre las necesidades de ajuste.

→ Evaluar estas necesidades en función de la **opinión y la respuesta de los destinatarios** (organizar grupos focales y entrevistas individuales).

→ Evaluar las necesidades de ajuste por medio de la **observación de las sesiones educación para la salud** (pedir a un miembro del equipo que desempeñe el papel de observador neutro).

2020

EVALUACIÓN

➤ Hay que distinguir entre la evaluación de procesos y la evaluación de resultados.

1 / EVALUACIÓN DE PROCESOS

La evaluación de procesos (o evaluación formativa) consiste en comparar el desarrollo operativo de las actividades, la utilización de los recursos y la participación de los colaboradores y las comunidades que se habían previsto en el programa con su desarrollo real.

Si se ha elegido un enfoque participativo, se podrá evaluar si el proceso es realmente participativo pidiéndole a alguien (un miembro del equipo, por ejemplo) que desempeñe el papel de observador.

Es importante prever y determinar el tiempo que dedicaremos a la evaluación.

2 / EVALUACIÓN DE RESULTADOS

La evaluación de resultados consiste en comparar el fruto del programa (número de sesiones de educación para la salud, número de folletos, etc.) con los resultados esperados que se habían fijado en un principio. Por ejemplo, podemos **evaluar la adquisición**

de conocimientos, la adquisición de prácticas, los cambios de actitud y de comportamientos o la mejora del estado de salud.

Evaluamos si hemos cumplido los objetivos que nos habíamos fijado al empezar.

Observación: debido a múltiples razones, es muy difícil cumplir un objetivo específico, como la disminución del número de personas o la incidencia en una zona geográfica determinada solo con un proyecto de educación para la salud. Esto se debe a distintas razones: los proyectos de educación para la salud influyen indirectamente en el estado de salud gracias al cambio de comportamientos. Los cambios de comportamiento **llevan tiempo, y su repercusión en el estado de salud no es fácil de ver en poco tiempo.** Por otro lado, la modificación del estado de salud es el resultado de un **conjunto de proyectos**, de forma que sería difícil afirmar que una modificación del estado de salud se debe exclusivamente a un proyecto de educación para la salud.

12. Los documentos relativos a la metodología de planificación de proyectos están disponibles en la intranet de Médicos del Mundo, o se pueden solicitar escribiendo a: s2ap@medecinsdumonde.net

Evaluación de los resultados esperados:

La encuesta CAP

Hay que compararla con la encuesta CAP inicial para evaluar los conocimientos, las creencias y las prácticas. Por ejemplo, realizar una encuesta CAP sobre la diarrea antes y después de un proyecto de educación sobre este tema: creencias (posibles causas, conductas, etc.), conocimientos (¿qué es la diarrea?, ¿cuáles son sus riesgos?, ¿cuál es el tratamiento recomendado?), prácticas (lo que hizo la persona la última vez que su hijo tuvo diarrea).

Test verdadero/falso

Preguntas de elección múltiple, casos prácticos para evaluar la adquisición de conocimientos y el desarrollo de estrategias de resolución de problemas: realizarlo antes y después del programa, e incluso durante si hay que hacer algún ajuste. Por ejemplo, realizar un test tipo “verdadero/falso” sobre las formas de prevención del paludismo, al principio y al final del programa, o estudiar un caso práctico con madres sobre la conducta a adoptar si un niño tiene fiebre, al principio y al final del programa.

Tablas de observación

Para evaluar las prácticas y la actitud, observar al principio y al final del programa y durante para realizar ajustes en caso de necesidad. Observar una situación real, o durante un juego de rol o una demostración. Por ejemplo:

→ Pedir a la gente que haga una demostración de cómo se utiliza un preservativo, antes y después de un programa de educación sobre el VIH.

→ Hacer un juego de rol antes y después del programa, siendo consciente de los límites

de evaluación del mismo (un juego de rol no permite evaluar las prácticas reales):

- Sobre la violencia machista: una mujer maltratada pide ayuda a una amiga. ¿Cómo reacciona su amiga? Dos voluntarias representan la escena.
- Sobre el VIH y la discriminación: Nos enteramos de que nuestro hermano / frutero / vecino es seropositivo y es la primera vez que le vemos desde entonces. Dos voluntarios representan la escena.

→ Observar en situaciones reales, antes y después, si se colocan mosquiteras en distintos hogares y, en caso afirmativo, cómo están colocadas.

Véase Assessment and monitoring of BCC interventions, AIDSCAP handbook, FHI (información en inglés)

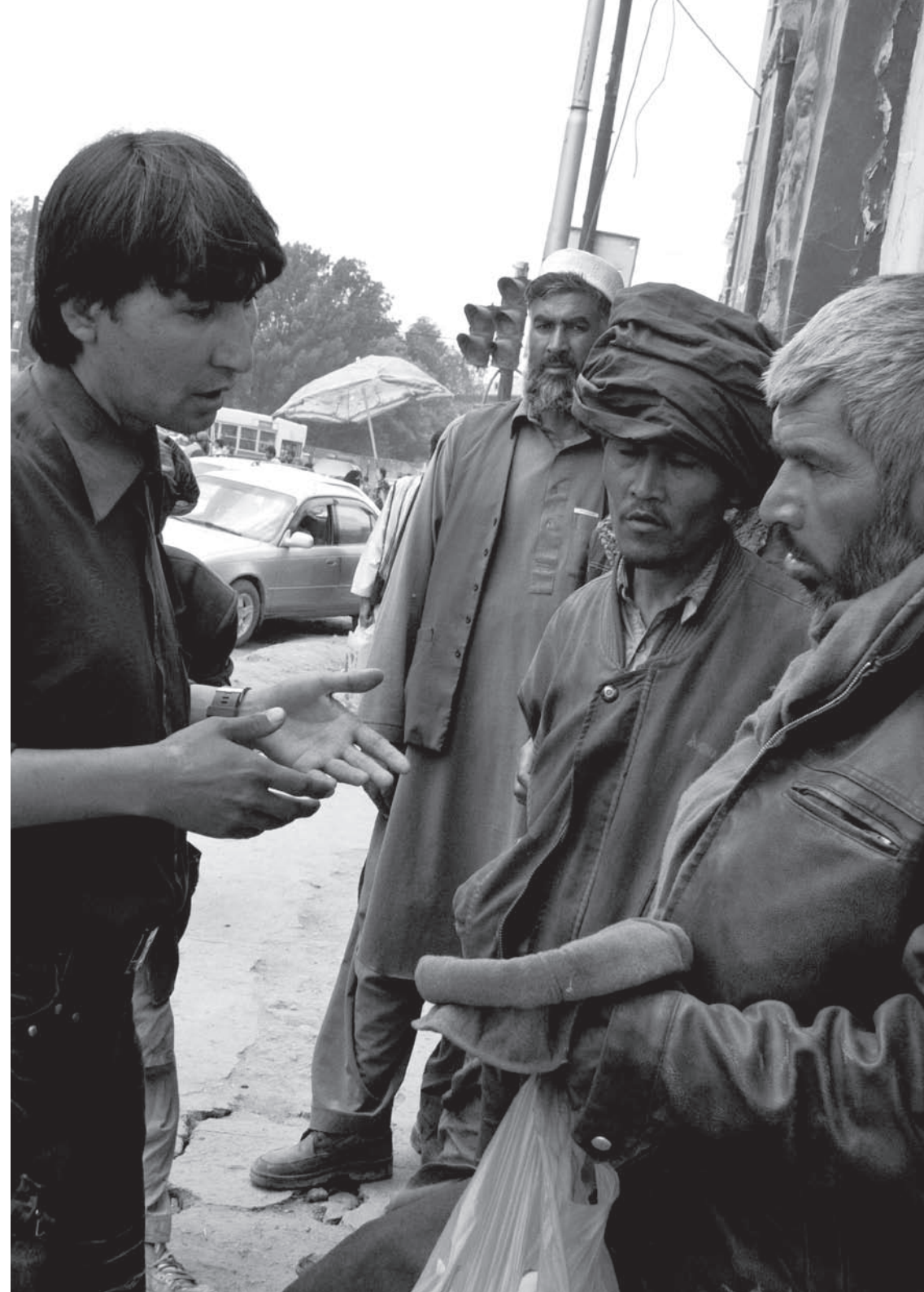
PARA SABER MÁS...

Para ayudarles a realizar una evaluación de las herramientas que se utilizan en los proyectos de educación para la salud, pueden consultar: Lemonnier F., Bottéro J., Vincent I., Ferron C. *Outils d'intervention en éducation pour la santé: critères de qualité*. Inpes, 1997. *Grille d'analyse disponible au téléchargement* (información en francés)

Para evaluar su actuación en promoción de la salud y comprobar la coherencia y el respeto de los puntos clave, pueden consultar los siguientes documentos:

– Preffi: se trata de una herramienta de coordinación y de análisis de la eficacia esperada de los programas de promoción de la salud, presentada en forma de cuestionario, fácil de usar (información en francés).

– Promotion Santé Suisse. *Guide pour la catégorisation des résultats*: se trata de una tabla que sirve para ayudarnos a clasificar los resultados esperados y a comprobar la coherencia de la lógica interna (información en francés). Para utilizar estas herramientas es necesario conocerlas previamente.



3A

PÁGINA 55

PARA DESARROLLAR UN SABER

- 55 1/ Cartel
- 56 Ejemplos de carteles dirigidos a la población en general
- 58 Ejemplo de cartel dirigido a la población homosexual
- 58 2/ Tríptico
- 59 3/ Folleto
- 60 4/ Revista
- 61 5/ Mensajes de radio
- 61 6/ Presentación
- 62 7/ Proyección (diapositivas)
- 63 8/ Vídeo
Uso del vídeo/radio y posición cognitiva de los destinatarios
- 65 9/ Archivo de imágenes
- 65 10/ Exposición
- 66 11/ Pizarra de papel
- 66 12/ Pizarra de fieltro
- 66 13/ Refrán
- 67 14/ Comparación

3B

PÁGINA 68

DESARROLLAR UN SABER Y SABER ESTAR

- 68 1/ Lluvia de ideas
- 69 2/ Lluvia de ideas escritas
- 70 3/ Cuentos
- 70 4/ Fábula
- 74 5/ Historia de grupo
- 72 6/ Juego de cartas
- 73 7/ Juego de la oca
- 73 8/ Dominó
- 74 9/ Fotolenguaje
- 74 10/ Asesoramiento
- 75 11/ Representación teatral
- 76 12/ Marionetas

3C

PÁGINA 77

DESARROLLAR UN SABER Y SABER HACER

- 77 1/ Demostración
- 77 2/ Maquetas y otro material didáctico
- 78 3/ Casos prácticos

3D

PÁGINA 80

DESARROLLAR UN SABER HACER Y SABER ESTAR

- 80 1/ Juego de rol

3E

PÁGINA 82

DESARROLLAR EL SABER, SABER HACER Y SABER ESTAR

- 82 1/ Maletín pedagógico

3A

TÉCNICAS DE ANIMACIÓN Y HERRAMIENTAS



TÉCNICAS DE ANIMACIÓN Y HERRAMIENTAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: COMENTARIOS GENERALES¹³

CONSEJOS ÚTILES PARA COMUNICAR EFICAZMENTE

Para transmitir mensajes relacionados con la salud, podemos utilizar distintos métodos, medios y técnicas.

Estos métodos se pueden clasificar en **dos grandes grupos**:

→ **Métodos directos**: de persona a persona, en entrevista individual o en grupo.

→ **Métodos indirectos**: el mensaje se transmite por medio de un canal intermediario (televisión, radio, prensa...).

Algunos métodos pueden pertenecer a una u otra categoría, según la forma en que se utilicen: un cartel se considera un método indirecto salvo cuando la comenta el personal sanitario y se utiliza como material durante una entrevista.

Sea cual sea el método de comunicación elegido, algunas sencillas recomendaciones pueden ayudarle a aumentar la eficacia del mensaje:

Facilitar la comprensión del mensaje:

→ Utilizar mensajes simples: lenguaje corriente (**eliminar la terminología técnica o médica**), información bien dirigida y sencilla (demasiada información mata la información).

→ Adaptarse a la población destinataria: **idioma/dialecto local**, mensajes escritos, ilustrados o sonoros en función del contexto (público analfabeto o no).

→ **Conocer bien la cultura** de la población destinataria **y los códigos** que utiliza. Cada cultura tiene sus propios códigos, de forma que una palabra, un símbolo o una imagen no se interpretarán de la misma forma en dos culturas distintas, y no producirán la misma asociación de ideas.

→ **Repetir** el mensaje.

→ Se trata de un saber hacer (ejemplo: cómo utilizar el suero), que debe **acompañarse siempre de una demostración** para evitar sorpresas desagradables.

Facilitar la asimilación del mensaje:

→ **Ilustrar con ejemplos locales.**

→ **Fomentar las preguntas y el debate.**

→ **Asegurarse de que la información proporcionada se corresponde con la que buscan los destinatarios.**

Si difundimos mensajes que dan consejos que no responden a las preocupaciones reales de la población hay pocas posibilidades de que se sientan identificados con ellos.

→ Si el mensaje se opone a las creencias o tradiciones de la población, tenerlas en cuenta a la hora de crear el mensaje.

Facilitar la confianza en el mensaje:

→ **Multiplicar las fuentes y los canales de comunicación.**

→ **Utilizar a intermediarios** que inspiren confianza a la población destinataria por ser reconocidas por la comunidad como personas competentes en un tema determinado (por ejemplo, una madre de varios hijos para un anuncio sobre nutrición). Estas personas pueden ser, según el contexto, responsables religiosos, presidentes de asociaciones (como la presidenta de la asociación de mujeres), profesores, etc. Sin embargo, hay que ser cuidados para no producir efectos negativos y frenar el proceso al asociar el mensaje con un religioso o a una asociación, ya que algunas personas podrían no querer asistir a las reuniones por miedo a que se las relacione con un determinado colectivo.

Asegurarse de que sea posible aplicar y tener acceso a la prevención recomendada.

No aumentar la demanda sin estar seguros de que la oferta puede aumentar proporcionalmente. Por ejemplo, un proyecto de información sobre el preservativo debe acompañarse de un acceso a los preservativos (disponibles, accesibles económicamente, etc.). Igual es el caso de los demás anticonceptivos.

Reajustar los mensajes:

Preguntar a los beneficiarios y ajustar los mensajes en función de su opinión.

➤ Las herramientas y técnicas de animación presentadas han sido clasificadas según si contribuyen a desarrollar el saber, el saber hacer o el saber estar. En realidad pueden contribuir a desarrollar uno o varios ámbitos, según la forma en que se utilicen. En general, si queremos desarrollar los tres ámbitos habrá que utilizar varios recursos.

13. Fuentes: - D. Werner and B. Bower *Helping health workers learn; L'éducation pour la santé, manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaire*, OMS, 1990; *Facts for life*, Unicef; Bontemps, R.; Cherbonnier, A.; Moucht, P. y Trefois, P. *Communication et promotion de la santé, Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques*. Question Santé, 2004

	Tiempo de preparación	Recursos		Grado de participación que se pide al público	Complejidad		Tema
		Materiales	Humanos		Control de la herramienta	Adaptación cultural	
Herramientas y técnicas de animación							
Cartel	++	++	+	0	++	++	++
Triptico	++	++	++	0	++	++	++
Folleto	++	+++	++	0	++	++	++
Revista	++	+++	++	de 0 a +	+++	++	++
Mensaje de radio	+++	+++	+++	0	+++	++	de 0 a ++
Presentación	+	de 0 a ++	+	de 0 a ++	0	++	de 0 a +
Proyección (diapositivas)	++	++	+	0	0	++	de 0 a ++
Vídeo	+++	+++	+++	0	+++	+++	de 0 a ++
Archivo de imágenes	++	++	++	0	+	++	de 0 a +
Exposición	++	++	de 0 a +	0	0	++	de 0 a ++
Pizarra de papel	0	+	+	de 0 a +++	+	+	0
Pizarra de fieltro	de 0 a +	+	+	de 0 a ++	+	+	0
Lluvia de ideas	de 0 a +	+	+	+++	+	+	de 0 a ++
Lluvia de ideas por escrito	de 0 a +	+	+	+++	+	++	++

Cuento	++	de 0 a +	+	de 0 a ++	++	+++	++
Fábula	++	de 0 a +	+	de 0 a ++	++	+++	++
Historia de grupo	+	0	+	+++	++	+++	de 0 a +
Juego de cartas	+++	+++	+	+++	++	+++	0
Juego de la oca	+++	+++	+	+++	++	+++	0
Juego de dominó	+++	+++	+	+++	++	+++	0
Fotolenguaje	+++	++	+	+++	++	++	de 0 a ++
Asesoramiento	++	de 0 a +	+	++	+++	+++	+++
Representaciones teatrales	+++	de 0 a +++	+++	de 0 a +++	+++	+++	de 0 a ++
Marionetas	+++	+++	+++	de 0 a +++	+++	+++	de 0 a ++
Demostración	++	++	+	++	++	+++	de 0 a ++
Maquetas y otro material didáctico	+++	++	++	de 0 a +++	++	+++	de 0 a ++
Caso práctico	+	+	+	+++	+	++	+++
Juego de rol	++	0	++	+++	+++	+++	de 0 a ++
Maletín pedagógico	+++	+++	++	+++	+++	+++	de 0 a ++
Las fórmulas lingüísticas, que pueden aplicarse a distintas herramientas							
Refrán	+	0	+	de 0 a ++	++	+++	0 a ++
Comparación	+	0	+	de 0 a ++	++	+++	0 a ++

HERRAMIENTAS Y TÉCNICAS DE ANIMACIÓN

	Ámbito (saber, saber estar y saber hacer)	Características de los destinatario
Cartel	saber	
Tríptico	saber	sabe leer
Folleto	saber	sabe leer
Revista	saber	sabe leer
Mensaje de radio	saber	
Presentación	saber	
Proyección (diapositivas)	saber	
Vídeo	saber	
Archivo de imágenes	saber	
Exposición	saber	sabe leer
Pizarra de papel	saber	
Pizarra de fieltro	saber	
Refrán	saber	
Comparación	saber	
Lluvia de ideas	saber y saber hacer	
Lluvia de ideas por escrito	saber y saber hacer	sabe leer
Cuento	saber y saber hacer	niños
Fábula	saber y saber hacer	niños
Historia de grupo	saber y saber hacer	
Juego de cartas	saber y saber hacer	niños
Juego de la oca	saber y saber hacer	niños
Juego de dominó	saber y saber hacer	niños
Fotolenguaje	saber y saber hacer	
Asesoramiento	saber y saber hacer	
Representación teatral	saber y saber hacer	
Marionetas	saber y saber hacer	niños
Demostración	saber y saber hacer	
Maquetas y otro material didáctico	saber y saber hacer	
Caso práctico	saber y saber hacer	
Juego de rol	saber hacer y saber estar	
Maletín pedagógico	saber, saber hacer y saber estar	niños



PARA DESARROLLAR UN SABER

1 / CARTEL

Útil para:

- Dar **información y consejos** (enfoque informativo).
- Dar **directrices e instrucciones** (enfoque exhortativo).
- **Anunciar** actividades y eventos.

Dónde y para quién:

- El cartel puede estar destinado a **la población en general o a un público determinado**.
- Será **el lugar en el que se muestre el que determine quién va a ver el cartel**, por lo que debe de adaptarse a estos destinatarios (plaza del mercado para la población en general, por ejemplo, escuela para los niños, etc.). Intentar no asociar el cartel con un lugar demasiado determinado, ya que esto limitaría el acceso del mensaje a una parte de la población (a no ser que pretendamos dirigirnos precisamente al grupo que frecuenta este lugar).
- Colgar el cartel **en un lugar de paso**, para que lo vea el máximo número posible de gente.

Elaboración del cartel:

- **Respetar las recomendaciones generales:** lenguaje sencillo, idioma local.
- Recurrir a **artistas locales** para que participen en la elaboración de los carteles.

- **Utilizar símbolos y/o imágenes**, de forma que las personas analfabetas también puedan entender el mensaje. Para ello, es imprescindible conocer bien los códigos utilizados en el contexto cultural en el que nos encontramos. Las imágenes y los símbolos no se interpretan igual y no producen las mismas asociaciones de ideas en dos culturas distintas.
- **Facilitar la lectura** al máximo:
 - **No sobrecargar el cartel** de información (todos los puntos importantes deben verse de un vistazo).
 - **No dividir el cartel** en dos o más partes.
 - **Crear unas líneas de referencia** (marco visual): utilizar un código de color o retomar el mismo símbolo.

METÁFORA Y METONIMIA

La metáfora se utiliza mucho para presentar comportamientos, situaciones o consecuencias. Una vez más, el conocimiento de la cultura es indispensable, ya que si la metáfora se basa en el parecido, este parecido no lo reconocerán igual todas las culturas. Así, no siempre se nos entenderá si utilizamos la metáfora del escudo para hablar de la vacuna o la del alcohólico que tiene bolas de hierro atadas con

cadena a los pies. Por último, hemos podido observar que la metáfora suele funcionar de forma dicotómica (bueno/malo, entero/roto, sonrisa/llanto, etc.). La metonimia, que consiste en designar algo con el nombre de otra cosa con la que guarda relación, también aparece en numerosos soportes de sensibilización. Un objeto, como el preservativo, representa la relación sexual, la prevención, el “buen” comportamiento amoroso, etc. Los colores también desempeñan un importante papel (el rojo y negro, por ejemplo, se relacionan con la enfermedad y con la muerte). Así, con la metonimia, sugerimos.

Hay que tener en cuenta que, tanto si utilizamos la metáfora como si recurrimos a la metonimia, es imprescindible conocer el significado de los códigos. Así, si bien el blanco es el color de las bodas en Francia, también es el color del luto en China. Los mensajes que utilizan metáforas o metonimias recurriendo a referencias occidentales, serán difíciles de entender por una población no occidental. Sin embargo, estos recursos son interesantes, ya que permiten (si se utilizan bien) exponer de forma clara una situación: los resultados o las consecuencias de una acción (una calabaza agujereada para ilustrar la deshidratación. Para poder crearlas teniendo en cuenta las creencias, códigos y símbolos culturales (es decir, recurriendo al imaginario local), **es recomendable que la población participe en su elaboración y, en caso de que no sea posible, sería muy recomendable realizar una recogida de datos cualitativa (entrevistas o grupos focales) para conseguir material.**

Ejemplos de carteles dirigidos a la población en general

→ “J’ai flirté avec le virus du sida” (he tonteado con el con el virus del sida), del Inpes.



Este cartel presenta una gama de colores que establece dos niveles distintos de lectura. Los colores blanco y rojo sobre fondo negro son los primeros que destacan. Se utilizan para el mensaje que sirve de gancho (“J’ai flirté avec le virus du sida”) y para la recomendación de utilizar el preservativo. El color gris pasa a un segundo plano y se utiliza entre el “J’ai flirté”, y el “avec le virus du sida”, y muestra, través de una historietita personal, que es muy fácil coquetear con el virus del sida, haciendo que los lectores se sientan identificados con el mensaje. La particularidad de este cartel es que el eslogan es, al mismo tiempo, la conclusión de la historia personal. El mensaje es sencillo, así como el vocabulario utilizado. La gama de colores hace que el mensaje llame la atención. Si estuviéramos en china, evidentemente no utilizaríamos la misma gama de colores, ya que ésta es propia de cada cultura. Sin embargo, este cartel está destinado únicamente a un público que sepa leer.

→ “Les femmes préfèrent les hommes qui les protègent” (las mujeres prefieren a los hombres que las protegen), del Inpes.



El mensaje y la fotografía sitúan en primer plano a una pareja que pone de manifiesto la relación que existe entre el VIH/sida y la vida afectiva, jugando con las creencias sobre el uso del preservativo. Así, se utiliza el preservativo como un punto a favor para las mujeres a la hora de valorar a un hombre. Para asegurar su buena comprensión, el mensaje está traducido al dialecto local. Sin embargo, ¿resulta la foto lo suficientemente explícita como para permitir entender el mensaje a un público que no sepa leer?, ¿qué sector de la población se sentirá identificado con el mensaje?, ¿qué creencias culturales y familiares transmite el cartel?

→ “Parce que la santé n’a pas de prix, le test de dépistage du sida est gratuit”, (como la salud no tiene precio, la prueba de detección del sida es gratuita).



Este cartel pretende eliminar los posibles obstáculos que pueden impedir a una persona que se haga una prueba de detección del sida. En este caso, informa de que la prueba es gratuita, por lo que no existe ningún obstáculo económico que impida su realización. Los carteles que pretenden eliminar los obstáculos identificados como aquellos que impiden a una persona que se haga una prueba pueden resultar muy útiles. Algunas personas no quieren ser reconocidas, por lo que resulta muy útil informarles sobre el carácter anónimo del test. Véase el cartel “Je suis allé faire le test du sida: on ne m’a pas demandé mon nom, juste un peu de temps” (“Fui a hacerme la prueba del sida y no me pidieron que les dijera mi nombre, solo un poco de tiempo”) De esta forma, tendremos que identificar en cada población cuáles son los principales obstáculos para realizar los carteles en función de estos. Por otra parte, ni siquiera merece la pena preguntarnos si un analfabeto podría entender este cartel, ya que es muy poco probable.

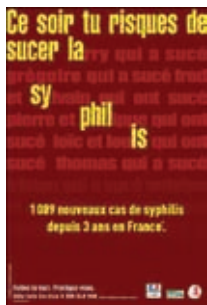
→ “Sans capote, tout capote” (juego de palabras francés que significa: “sin condón, todo fracasa”).



Se ha realizado un comentario detallado de este cartel: vease en anexo “Análisis de un cartel”, página 105.

Ejemplo de cartel dirigido a la población homosexual

→ “Ce soir, tu risques de sucercer la syphilis” (Esta noche, te arriesgas a chupar la sífilis) del Inpes.



Este cartel retoma el mismo modelo que el precedente (“J’ai flirté avec le virus du sida”), jugando con una gama de colores, con una lectura en dos niveles y con un gancho visual. Se dirige al público directamente (uso del tuteo). Utiliza un lenguaje crudo pero muy concreto y habla directamente a la población a la que se dirige, advirtiéndoles del riesgo que corren por medio de una pequeña historia con la que se pueden sentir identificados. Este tipo de cartel, con el uso de un lenguaje tan crudo, no corresponde a todo tipo de población. Es imprescindible probar este tipo de cartel previamente y colgarlos únicamente en los lugares elegidos.

2 / TRÍPTICO

Útil para:

Transmitir información sencilla, mensajes clave y direcciones útiles.

Dónde y para quién:

→ El tríptico está pensado para que lo **consultemos individualmente**. Puede contener información dirigida al público en general o a una población más determinada.

→ El lugar de distribución se elegirá en función de la población destinataria

(ejemplos: instituto, centro de deportes para adolescentes, mercados, estaciones, centro de salud para la población en general, etc.).

Limitaciones:

un documento escrito por sí solo raramente proporciona el apoyo necesario para permitir un cambio de comportamientos.

Elaboración del tríptico:

→ Existen distintos tipos y formatos de trípticos. El formato estándar es un tríptico que se pliega en tres. Otros formatos pueden resultar más llamativos (cuando se abren por el centro o tienen una ventana cortada, por ejemplo) pero también son más caros. Un tríptico suele tener entre cuatro y ocho páginas.

→ Al contrario de un folleto, el tríptico no debe presentar un contenido informativo demasiado detallado. A menudo se leen en diagonal, por lo que **los mensajes clave deben saltar a la vista**.

→ Al elaborar un tríptico debemos tener en cuenta que **la cara principal y la trasera son las más importantes**, ya que son las primeras que se ven y no se necesita abrir el tríptico para leerlas. Las utilizaremos como gancho (cara principal) y para proporcionar información práctica accesible de un vistazo (es útil presentarla en la parte trasera del tríptico).

Para escribir un tríptico hay que asegurarse de que el texto es fácil de leer:

→ Utilizar un **vocabulario sencillo y corriente**, con **palabras cortas** (de menos de tres sílabas, si es posible).

→ Escribir **frases sencillas** (sujeto, verbo y complemento) y cortas.

→ **No añadir información entre el sujeto y el verbo**, ya que esto dificulta la comprensión.

→ **Evitar los giros negativos** y, sobre todo, las dobles negaciones.

Página 4	Cara trasera	Cara principal
<ul style="list-style-type: none"> Primera parte que se ve tras la cara principal y la parte trasera. Lugar adecuado para un resumen. 	<ul style="list-style-type: none"> Información práctica, accesible de un vistazo: dirección, teléfono, correo electrónico, personas de contacto, plano de acceso, horarios, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Gancho: utilizar la imagen del cartel o del folleto, si lo hay.

Parte interna 1	Parte interna 2	Parte interna 3
<ul style="list-style-type: none"> Introducción y presentación. 	<ul style="list-style-type: none"> Centro del tríptico. Debe retomar los mensajes clave. Su misión es convencer al lector de por qué le afecta el mensaje. 	<ul style="list-style-type: none"> Última parte que se ve. Sirve para detallar, ilustrar o desarrollar una noción. Se puede ilustrar utilizando testimonios.

→ **No establecer simetrías entre distintos temas simultáneamente**. Ejemplo:

“la tuberculosis, el paludismo y el sida son enfermedades producidas respectivamente por una bacteria, un parásito y un virus”.

Para llamar la atención del lector, podemos personalizar el tríptico:

→ **Dirigirnos directamente al lector** (“usted...”)

→ Poner **ejemplos ilustrativos**:

“¿Tiene diarrea su hijo?, usted...”.

Para facilitar la comprensión y la memorización del mensaje debemos:

→ Asegurarnos de que es **fácil de leer**.

→ **Repetir** los conceptos principales si es necesario.

→ **Parafrasear** y recurrir a la **anáfora**.

Ejemplos:

- Chikungunya, dengue, paludisme.

Comment se protéger ? (see. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1043.pdf>)

- Coping with heatwaves (see. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1045.pdf>)

3 / FOLLETO

Útil para:

Proporcionar **información suplementaria a un público sensibilizado, afectado o interesado**. El folleto suele completar la información proporcionada por un cartel o un tríptico y permite a las personas sensibilizadas, afectadas o interesadas completar la información de la que disponen.

Para quién:

→ Está **dirigido a la población general**

o a **grupos específicos**.

→ **Destinado a consulta individual**.

Limitaciones:

Un documento escrito por sí solo raramente proporciona el apoyo necesario para permitir un cambio de comportamientos.

Elaboración del folleto:

→ El folleto es un soporte **más completo y detallado que el tríptico**. Se puede utilizar como soporte informativo de primera línea (tema general que afecta a toda la población) o de segunda línea (información

complementaria destinada a las personas afectadas por el problema, a las que ya se ha sensibilizado con un tríptico, un cartel, un programa de radio o de televisión, durante una entrevista, etc.).

→ Generalmente, un folleto consta de entre **ocho y 32 páginas** (aunque no haya un límite máximo).

Para escribir un folleto (al igual que un tríptico) hay que asegurarse de que el texto

es fácil de leer:

→ Utilizar un **vocabulario sencillo y corriente**, con **palabras cortas** (de menos de tres sílabas, si es posible).

→ Escribir **frases sencillas** (sujeto, verbo y complemento) y cortas.

→ **No añadir información entre el sujeto y el verbo**, ya que esto dificulta la comprensión.

→ **Evitar los giros negativos** y, sobre todo, las dobles negaciones.

→ **No establecer simetrías entre distintos temas simultáneamente**. Ejemplo: “la tuberculosis, el paludismo y el sida son enfermedades producidas respectivamente por una bacteria, un parásito y un virus”.

Es posible **personalizar** el folleto para llamar la atención del lector.

→ **Dirigirnos directamente al lector** (“usted...”)

→ Poner **ejemplos ilustrativos**:

“¿Tiene diarrea su hijo?, usted...”

Para facilitar la comprensión y la memorización del mensaje debemos:

→ Asegurarnos de que es fácil de leer.

→ **Repetir** los conceptos principales si es necesario.

→ **Parafrasear** y recurrir a la **anáfora**.

Ejemplos: Dos folletos destinados a adolescentes sobre la vida afectiva y sexual:

– Los chicos y las chicas (Médicos del Mundo) (disponible en la intranet de Médicos del Mundo, apartado S2AP)

– Questions d’ado (“Preguntas de adolescentes”), del Inpes (información en francés).

4 / REVISTA

Útil para:

Proporcionar información sobre varios temas de salud, de forma lúdica y atractiva, relacionándolos con información sobre la actualidad, el ocio (deporte, moda, música, etc.).

Dónde y para quién:

→ Para un **público determinado**, cuyos intereses conocemos. Haremos la revista más atractiva al tratar distintos temas a la vez que transmitimos mensajes de salud.

→ La revista **se debe difundir en los lugares que frecuenta la población destinataria**. Distribuir las de forma gratuita permite llegar a más gente, pero habrá que tener en cuenta la opinión que tiene la población destinataria de la gratuidad, ya que en ocasiones se considera que una revista gratuita no es seria y no transmite información fiable.

Elaboración de la revista:

→ **Seleccionar algunos temas relacionados** con la salud y asociar un elemento a cada uno de ellos:

– Un vínculo con la moda o el ocio.

– El punto de vista de un famoso o de una persona influyente y reconocida en el tema.

– Un juego (de preguntas o de relacionar) o un test.

→ **Es imprescindible ilustrar los temas** con fotografías o dibujos para que resulten atractivos, así como todo el aspecto visual (colores, tipo de letra, maquetación).

→ También **es posible incluir páginas de cómic** o historietas fotográficas, más fáciles de leer y que permiten ilustrar mejor los mensajes de prevención.

→ También **puede resultar interesante presentar testimonios de personas**, que permitan a los lectores identificarse con ellos y trasladar los mensajes a la “vida real”.

Ejemplos:

– Extra Time Youth Peer Education and HIV Prevention Workbook (Grassroot soccer and sports for life): se trata de una revista que trata tanto el tema del fútbol como el del VIH.

– On dit quoi ? ,le magazine afro de la santé, del Inpes

5 / MENSAJES DE RADIO

Útil para:

→ **Llegar rápidamente a un gran número de personas**.

→ Aumentar la **credibilidad del mensaje** (los medios de comunicación de masas suelen considerarse como fuentes fiables de información).

→ **Recordar y aumentar la fuerza** de los mensajes.

Para quién:

Población general o grupos específicos (dependiendo del horario, de la emisora de radio, del programa, etc.).

Preparar un mensaje o un programa de radio:

Es necesario ponerse en contacto previamente con la emisora de radio y llegar a un acuerdo de colaboración.

→ **Elegir el tipo de emisión y su duración:**

– **Anuncio** de un servicio de salud o de un acontecimiento (programa de vacunación, por ejemplo): puede bastar con 10 segundos para anunciar un acontecimiento o recordar un mensaje importante.

– **Mensajes breves** de educación para la salud (repetirlos regularmente para recordárselos a los oyentes).

– **Presentación**.

– **Representación** (juego de rol) sobre un tema relacionado con la salud.

– **Entrevista:** con un médico, una persona reconocida o influyente, una persona presentando una situación que ha vivido (con la que podrán identificarse los oyentes).

– **Debate**.

– **Respuestas a las preguntas de los oyentes** sobre un tema relacionado con la salud.

→ **Redactar el mensaje**, el guión, la presentación o la guía de la entrevista: para la concepción del mensaje, consultar las recomendaciones generales de comunicación.

→ **Buscar a los participantes, si es necesario:** si se trata de una entrevista o de un debate entre varias personas.

Ejemplos:

– Encontrará varios ejemplos de guiones de radio en la página web de las radios rurales internacionales: <http://www.farmradio.org/> (información en francés o en inglés).

– Canción «N’y pense même pas» (“Ni lo pienses”), del Inpes.

6 / PRESENTACIÓN

Útil para:

Transmitir unos conocimientos.

Dónde y para quién:

→ **Para un grupo pequeño:** esto permite completar la presentación con un debate, demostraciones, juegos de rol, etc.

Si los participantes son demasiado numerosos es difícil animarles a entrar en el debate y corremos el riesgo de limitarnos a dar una clase magistral y una serie de consejos y recomendaciones sin relacionarlos con la práctica y con la vida diaria.

→ **La elección del lugar** (al aire libre o en el interior) se realizará en función de los recursos (necesidad de electricidad, por ejemplo), de las oportunidades (préstamo de un aula o de un local de una asociación), y del tema (puede resultar más difícil hablar de sexualidad en una iglesia, por ejemplo).

Preparación de la presentación:

Es importante adaptar la presentación al grupo destinatario y elegir en función de este el nivel, los ejemplos y la duración de la misma:

→ Para empezar, habrá que **informarse**

previamente sobre las necesidades y los intereses del grupo. Por ejemplo, la nutrición es un tema muy amplio y puede que el público esté más interesado en una parte concreta (la lactancia, las necesidades alimenticias de una franja de edad particular, alimentos ricos en vitaminas, etc.). Informarse previamente de las necesidades y los deseos de la población permite centrarse en un tema de interés y responder mejor a sus expectativas.

→ La segunda etapa consiste en **buscar información y documentarse**: hay que basarse en fuentes fiables para preparar la exposición y estar seguros de la validez científica de los datos.

→ A continuación, es útil redactar una lista con puntos importantes para seleccionar la información que queremos dar. Hay que **centrarse en los puntos clave** y no dar demasiada información para evitar que el público se pierda y no la recuerde (o que recuerde solo un detalle en lugar de la información importante).

→ Puede resultar útil escribir lo que vamos a decir y redactar un esquema que nos ayude a realizar la presentación de forma clara y a que no olvidemos los puntos clave.

→ Es muy recomendable utilizar **ilustraciones concretas** para ayudar al público a entender el mensaje. Utilizar ejemplos, refranes, anécdotas, historias locales o casos concretos para acompañar el mensaje. Estos recursos ayudarán al oyente a asimilar mejor los mensajes clave y a recordar las trampas que deben evitar.

→ Por último, es importante **ensayar la presentación**. Practique como si estuviera en la situación real, sin olvidar las anécdotas, los recursos visuales, los gestos y la entonación. En resumen, sin olvidar todo lo que hará que la exposición sea más viva y todo lo que ayude a transmitir mejor los conocimientos y a facilitar la comprensión.

Duración:

De quince a veinte minutos, dejando quince minutos para las preguntas.

Ejemplo:

Presentación sobre el recorrido de los microbios : (http://www.interaide.org/pratiques/pages/sante/santeinfantile/Faraf_2008_Chemin_microbe.ppt): estas diapositivas presentan los distintos recorridos de los microbios de una forma muy gráfica (no hay texto, solo imágenes). También se presentan las formas de prevención. Patrick y Martine Mougnot, Inter Aide (2008)

7 / PROYECCIÓN (DIAPOSITIVAS)

Útil para:

→ **Introducir un debate o una conversación.**

→ Como **acompañamiento de una presentación**: puede resultar útil para ilustrar un punto y facilitar su comprensión.

En función del material del que dispongamos, podemos utilizar una presentación de PowerPoint, diapositivas, transparencias, películas, etc.

Limitaciones:

El material tiene que estar a nuestra disposición y se necesita electricidad.

Dónde y para quién:

El tamaño máximo del grupo dependerá del lugar en el que se realiza la proyección y del aforo del mismo. Es importante que todos los participantes puedan verla y escucharla adecuadamente.

Preparación de la proyección:

Hay que **buscar la simplicidad**: una diapositiva de PowerPoint, una diapositiva o una transparencia no deben estar sobrecargadas, ya que se corre el riesgo de que no sean fáciles de leer. Aparte de esto, el principio es el mismo que el de una presentación. Hay que ser consciente de que esta herramienta puede parecer demasiado escolar y no resultar apropiada en ciertos casos (reticencia de la población o simplemente falta de costumbre).

8 / VÍDEO

Útil para:

→ Difundir información. Informar sobre un acontecimiento o sobre un servicio accesible a la población (centro de detección, por ejemplo).

→ Difundir y recordar mensajes de prevención.

USO DEL VÍDEO/RADIO Y POSICIÓN COGNITIVA DE LOS DESTINATARIOS

Documentos audiovisuales específicos, programas de divulgación científica, anuncios televisivos, fragmentos de películas o incluso programas de radio son algunos de los recursos audiovisuales que se utilizan en educación para la salud. Se pueden utilizar de dos formas distintas: de forma autónoma, difundiéndolos por medio de la televisión o de la radio, o como soportes del centro, para que el personal sanitario o los intermediarios que tratan un tema los utilicen para informarse. Así, se habla de la educación a través de los medios de comunicación.

Se considera que los medios de comunicación poseen un gran potencial informativo que puede resultar útil para ilustrar casos prácticos y para fomentar la imitación (sobre todo de las técnicas). Es esencial **utilizar los tipos de comunicación propios de la cultura de los espectadores, así como conocer las formas de narración que utilizan los destinatarios desde su infancia**. Existen reticencias para aceptar este tipo de presentación, ya que en ocasiones el espectador tiene dificultades para seguir la compleja lógica de la historia (introducción, nudo y desenlace), encuentra los conceptos demasiado extraños, no domina el idioma, etc. Hay que tener en mente la cuestión de las creencias, tanto durante la concepción del mensaje como a la hora de pensar en sus

efectos. **Si el mensaje pretende influir en las creencias de los destinatarios, tendrá que inspirarse estereotipos culturales, religiosos, etc.**

En la comunicación educativa, al igual que en la educación sanitaria, se hace referencia constantemente al mundo escolar. Este modelo se elabora utilizando la argumentación como razonamiento: **el argumento es la prueba. Este modelo clásico, basado en la evidencia, requiere un cierto conocimiento del razonamiento lógico, propio del aprendizaje escolar**. Se basa en la palabra del emisor como verdad, al igual que el maestro en la escuela. Esto suele hacer que muchos documentos resulten autoritarios. La exposición de tipo argumentativo tiene puntos en común con el discurso científico. Tiende a imitar el discurso de la ciencia y a conservar algunas de sus características (utilización de expresiones como: “medicamentos = fuera del alcance de los niños”).

Sin embargo, la televisión y la enseñanza no siempre son compatibles, por motivos institucionales pero también por un problema de **posición cognitiva inapropiada**. Existen diversos factores que se influirán respectivamente: **las expectativas de los espectadores (distraerse, aprender, pasar el rato...), las propuestas que hace el emisor (el programa de televisión, los anuncios, etc.) y las condiciones en las que se encuentran (motivación, condiciones en las que se ve el programa, etc.)**.

En función de estas expectativas, el espectador adoptará una posición cognitiva específica (ánimo del espectador). Esta posición determinará la eficacia de un documento con intención educativa. Efectivamente, varios estudios han demostrado que se pueden dar

situaciones interesantes de aprendizaje con programas de televisión, ya que los niños no adoptaban un modelo escolar (dejando menos espacio a la memoria, por ejemplo) al tratarse de un soporte audiovisual (F. Thomas). Si, al ver un documento televisivo en clase, el alumno relaciona la televisión con un tipo de ocio que no se corresponde con las expectativas que tiene en ese momento, será más receptivo al contenido que si lo ve como algo académico, ya que él mismo verá el documento con más distancia y no asimilará igual el mensaje.

Esto significa también que **la forma de anunciarlo puede influir arbitrariamente en las expectativas del espectador.**

No adoptamos la misma posición cognitiva si sabemos que vamos a ver una película de ficción, un programa de divulgación científica o un telediarlo. Por tanto, el espectador corre el riesgo de adoptar una posición cognitiva inapropiada. Además, es posible que el destinatario no quiera modificar su postura ni sus expectativas frente a la forma de soporte que se haya anunciado y puede quedar insatisfecho. Puede que no se reconozca entre el público destinatario o que el género propuesto no le motive. Así, la difusión de anuncios de prevención en una televisión de una sala de espera no tiene por qué resultar eficaz, ya que los destinatarios suelen tener expectativas de distracción durante la espera y no esperan recibir información médica. Por tanto, **el contexto en esta forma de comunicación es un factor importante. No se adopta el mismo comportamiento al ver un programa en un aula de clase que si se ve en una sala de cine o en el salón de casa. Existen unas condiciones específicas de visionado que pueden modificar la postura cognitiva de los destinatarios.**

El espectador, insatisfecho, puede **mostrarse reticente al recurso de forma más o menos consciente. Se puede mostrar reticente con el contenido (en función del nivel inicial de conocimiento) o con la forma (según su grado de sensibilización con los medios de comunicación).**

Para quién:

Depende de la forma de difusión.

→ Difusión a través de canales de televisión: público en general.

→ Difusión privada: público determinado.

Elaboración del vídeo:

Escribir el guión: se hará en función del objetivo.

→ Puede **ser muy sencillo y muy corto**, para informar de un acontecimiento o de un servicio, y para recordar o insistir en un mensaje de prevención que ya conoce la población.

→ Para transmitir un mensaje nuevo de prevención **es preferible basarse en los resultados de una búsqueda de información cualitativa** (como los grupos focales) para elaborar el guión. Por ejemplo, en un grupo focal se pueden identificar las ideas falsas que se tengan sobre un tema, por lo que el guión utilizará estas ideas para desmentirlas y proporcionar las respuestas correctas.

→ Puede resultar útil representar a personajes en **una escena de la vida diaria para permitir que la identificación resulte más fácil** y que el mensaje sea más accesible pero evidentemente no es la única solución posible.

→ **Al final del anuncio**, se recomienda dar una dirección o un número de teléfono que la gente pueda utilizar para solicitar más información o pedir consejo. Un anuncio puede plantear preguntas o incluso preocupar a algunas personas, por lo que es preferible proporcionarles esta información y no dejarles sin respuestas.

Ejemplo:

« Toi-même tu sais » (Inpes): programa corto dedicado a la salud de los migrantes (principalmente africanos) en Francia. Se trata de cinco capítulos de entre cinco y diez minutos en los que se presenta a los habitantes de un barrio que se plantean o se encuentran en situaciones relacionadas con distintas cuestiones sanitarias (anticoncepción de emergencia, prevención del paludismo, accidentes domésticos, discriminación de personas portadoras del VIH, nutrición, etc.).

9 / ARCHIVO DE IMÁGENES

Útil para:

Explicar ayudándose con imágenes.

Para quién:

El archivo de imágenes se puede utilizar en una entrevista individual o de grupo.

Elaboración del archivo de imágenes:

→ El archivo de imágenes está compuesto **por distintas imágenes**, al dorso de las cuales encontramos las explicaciones correspondientes y los principales mensajes que debemos transmitir. El animador presenta la imagen a la persona o al grupo y la comenta ayudándose del recordatorio de la parte trasera.

→ **El formato** puede ser el de una carpeta archivadora, que podemos dejar encima de una mesa para consultarlas cuando las necesitemos, o tarjetas individuales que presentamos una tras otra.

→ Los archivos de imágenes pueden permitir **explicar la fisiopatología de una enfermedad** a un paciente, ayudándole a visualizar los mecanismos. También pueden servir para **transmitir mensajes de prevención**, proporcionando un apoyo visual para los comentarios y explicaciones orales, ayudando de esta forma a memorizar el mensaje.

→ Es preferible utilizar **imágenes sencillas**. Hay que evitar utilizar cortes anatómicos, que suelen resultar incomprensibles para una persona que no esté acostumbrada a verlos. Por último, es muy recomendable **comprobar previamente la forma de entender las imágenes** utilizadas para comprobar la congruencia de los mensajes que transmitiremos.

Ejemplo:

Alimentation infantile et VIH: Cartes conseils (archivo de imágenes), recurso de Unicef/OMS (en francés)

10 / EXPOSICIÓN

Útiles para:

Transmitir distinta información e ideas sobre un tema.

Dónde y para quién:

→ Para **un grupo numeroso**.

→ Es preferible organizarla en **un lugar de paso**, para permitir que llegue al mayor número de personas posible.

Preparación de la exposición:

→ **En función de los recursos que tengamos** a nuestra disposición, podremos realizar carteles, presentar objetos o material relacionado e incluso proyectar vídeos, reproducir mensajes sonoros u ofrecer recursos interactivos (ordenador en el que el que se presenta un CD-ROM sobre el tema tratado, por ejemplo).

→ **Para realizar un cartel**, las reglas de comunicación son las mismas: un único tema por cartel, vocabulario comprensible y adaptado, imágenes y distintas gamas de color para facilitar la lectura. Los carteles que se presentan en una exposición pueden estar más recargados que los que se presentan de forma aislada, y pueden estar divididos en varios cuadrantes, ya que el lector no debe entender el mensaje de un vistazo, sino que se tomará su tiempo para mirar el cartel.

→ Cuando organizamos una exposición, se recomienda que **alguien esté presente para responder a las preguntas del público.**

Ejemplo: Planète Vaccination (Inpes)

11 / PIZARRA DE PAPEL

Útil para:

→ Dar **información o consejos:** un tema por pizarra y una idea por hoja.
→ **Tomar notas.**

Dónde y para quién:

Para un **grupo pequeño.** La totalidad del público **debe ver la pizarra de papel.**

Utilizar una pizarra de papel:

Existen dos tipos de pizarra de papel:
→ La pizarra de **papel en blanco**, que servirá para tomar notas durante un debate y para organizar las ideas.

→ La pizarra **compuesta por una serie de carteles** (4 o 5), que permite explicar varios puntos importantes sobre un tema determinado. Por ejemplo, las principales etapas del desarrollo del niño, con un cartel para cada edad. Incluso se pueden ilustrar las principales medidas de prevención de una enfermedad determinada.

12 / PIZARRA DE FIELTRO

Útil para:

Ilustrar una presentación y fomentar la participación.

Dónde y para quién:

Para un grupo pequeño: la pizarra de fieltro, del tamaño de un cartel, debe resultar visible para todo el público.

Fabricación y uso de una pizarra de papel:

Una pizarra de fieltro está compuesta por:
→ Una **base:** un tejido rugoso pegado o clavado sobre un panel de madera. Pegamos la parte lisa del tejido de forma que la parte rugosa quede hacia el exterior.

→ **Imágenes o palabras** que pondremos en la pizarra, por un lado de papel y por otro del mismo tejido rugoso. Cortaremos las imágenes o haremos dibujos para colgarlos en la cara lisa del tejido. Las imágenes deben ser como mínimo del tamaño de una mano para que se vean bien.

Por tanto, tenemos una base de fieltro y, por otro lado, imágenes con una cara visible de papel y otra cara de fieltro. De esta forma, podremos pegar las imágenes a la pizarra, ya que al poner juntas las dos partes rugosas estas se pegan.

Podemos **utilizar la pizarra de fieltro como apoyo para las explicaciones**, colgando conforme hablamos distintas figuras que ilustren nuestra presentación de forma que al final tengamos un resultado coherente. También podemos **utilizar la pizarra de fieltro para animar al público a participar**, ya que podemos pedirles que se acerquen y peguen las figuras que crean que son más adecuadas para ilustrar la presentación. Mantener la pizarra de fieltro protegida de la humedad y cubrirla, ya que si no lo hacemos corremos el riesgo de que deje de pegar.

13 / REFRÁN

Útil para:

Recaltar el mensaje de prevención que queremos **transmitir y facilitar** su comprensión.

Dónde y para quién:

Puede utilizarse en **una entrevista individual o de grupo**, en una presentación, e incluso en un tríptico.

Encontrar refranes adaptados:

Basarse en refranes conocidos por la población puede resultar útil para ilustrar un mensaje de prevención y facilitar su memorización. El refrán siempre es breve y, en la mayoría de los casos, la población lo conoce previamente. Si no es así tiene que ser fácil de entender y de recordar. Para conocer los refranes locales, podemos pedir a cada una de las personas con las que trabajemos que nos citen uno o dos. A continuación, podemos debatir juntos cómo utilizarlos en los mensajes de prevención.

Ejemplo:

Se podría utilizar el refrán "más vale prevenir que curar" en un mensaje cuyo objetivo es animar a la población a acudir al centro de salud lo antes posible. Por ejemplo, en el caso de un niño que tiene fiebre, consultar desde un principio y no esperar a que el niño ya no se despierte.

14 / COMPARACIÓN

Útil para:

Facilitar la comprensión de un mensaje estableciendo una comparación con un concepto con el que todo el mundo esté familiarizado. Las comparaciones animales y vegetales funcionan especialmente bien.

Dónde y para quién:

Puede utilizarse en una entrevista individual o de grupo, en una presentación, e incluso en un tríptico.

Encontrar comparaciones:

→ **Inspirarse del entorno local.**

→ **Podemos basar las comparaciones** en plantas o en vegetales con los que la población esté familiarizada y sobre temas en los que todos estén de acuerdo.

→ Es importante **recurrir a imágenes** que suela utilizar la población.

Ejemplo:

Para ilustrar el espaciamiento de los nacimientos, podemos utilizar la imagen de un campo de maíz. En un caso, las plantas son numerosas y queda poco espacio entre una y otra, de forma que no pueden crecer bien y se quedan enclenques. En el segundo caso, las plantas están más espaciadas, por lo que crecen mejor y producen más grano. A continuación, podemos pedir al público que compare las plantas de maíz con los bebés. También podemos utilizar imágenes, que resultarán más explícitas al público.

3B

DESARROLLAR UN SABER Y SABER ESTAR

1 / LLUVIA DE IDEAS

Útil para:

- **Compartir ideas** con todo el grupo.
- **Resolver un problema**, hacer que surjan ideas nuevas.

Dónde y para quién:

La lluvia de ideas se realiza en pequeños grupos.

Procedimiento:

Para realizar una lluvia de ideas necesitamos a un moderador que presente la sesión, explique las reglas del juego y gestione la toma de palabra y el tiempo de la reunión. Asimismo, es indispensable que un secretario apunte todas las ideas que vayan surgiendo. Tras introducir la sesión y anunciar el tema que queremos tratar, se dejan varios minutos a los participantes para que piensen en silencio. A continuación, los participantes, uno por uno, van dando ideas o comentando las ideas de los demás. Se puede definir un turno de palabra antes de empezar: una ronda de intervenciones, por ejemplo. Si no se ha determinado el turno de palabra previamente, el moderador deberá asegurarse de que todos los participantes toman la palabra.

Es importante aplicar unas reglas sencillas para facilitar participación y el surgimiento de nuevas ideas.

→ Nada de censura. **No se puede emitir ningún juicio sobre las ideas enumeradas**

(respeto de la palabra de los demás) para no perturbar la creatividad de los participantes. Sin embargo, si se insiste en ideas erróneas, el moderador debe corregirlas con mucho tacto para no herir a nadie (se recomienda ayudar a los participantes para que reconozcan ellos mismos sus errores). Es necesario corregirlos, al contrario de en el caso de los grupos focales, en los que no corregimos a los participantes porque queremos obtener tanta información como nos sea posible, incluso sobre las ideas erróneas que tiene la población.

En este caso, nuestro objetivo es transmitir un saber, y esto implica corregir errores (por ejemplo, no dejarles creer que se puede transmitir el VIH con un beso o con una picadura de mosquito).

→ No debe **haber relaciones jerárquicas** entre los miembros del grupo, ya que algunos se pueden sentir cohibidos y no expresar sus ideas.

→ La **cantidad** es importante: ¡hay que encontrar tantas ideas como sea posible!

→ Hay que ser **creativo**, y las ideas extravagantes son bienvenidas.

→ Es muy recomendable **insistir en las ideas** de los demás, mejorando, completando y desarrollando sus propuestas.

Se puede realizar una lluvia de ideas sobre el tema que queremos tratar.

Ejemplos:

Preguntas iniciales:

¿Qué podría usted hacer para mejorar la salud de los habitantes de su pueblo?

¿Qué podría usted hacer para mantener y mejorar la salud sus hijos?

¿Qué podría usted hacer para disminuir el número de casos de paludismo en su pueblo?

¿Qué podría usted hacer para evitar la propagación del VIH?

¿Qué le sugiere la expresión “alimentación equilibrada”?

¿Qué podemos hacer para evitar un embarazo? ¿Qué puede hacer si se siente triste, deprimido o no se siente a gusto consigo mismo?

¿Cómo puede evitar que sus hijos pillen una diarrea? ¿Qué hace si le agreden?

¿Qué haría si se enterase de que es seropositivo? ¿Qué le hace sospechar que alguien padece una infección de transmisión sexual?

¿Cuáles son en su opinión las mejores formas de protegerse del VIH?

¿Está contenta/o con las relaciones entre hombres y mujeres que se dan en su comunidad?

(esta pregunta podemos hacerla a un grupo de mujeres o a un grupo de hombres, pero no a un grupo mixto, ya que no dirían su opinión libremente).

Etc.

2 / LLUVIA DE IDEAS ESCRITAS

Útil para:

- **Compartir ideas** con todo el grupo.
- **Resolver un problema**, hacer que surjan ideas nuevas.

Dónde y para quién:

La lluvia de ideas por escrito se realiza en **pequeños grupos**.

Procedimiento:

El principio es el mismo que la lluvia de ideas, pero esta vez se realiza por escrito. Así, en lugar de decir las ideas en voz alta, los participantes las escriben en un folio o en un post-it.

Al igual que en la lluvia de ideas, se les pide que escriban todas las ideas que se les ocurran, sin censura, y que las desarrollen.

A partir de este punto, hay varias versiones posibles:

→ Que cada uno seleccione las ideas que le parezcan más interesantes y las presente al grupo.

→ Que se junten todos los post-it en un tablón y el trabajo de grupo consista en organizarlos entre sí, con flechas, agrupándolos, etc.

De esta forma, podemos ver cómo relaciona la gente los distintos conceptos.

→ También se pueden recoger todos los folios y que el moderador las lea, permitiendo que las ideas sean anónimas.

Limitaciones:

La lluvia de ideas escritas solo se puede realizar con **personas que sepan escribir**, por lo que en los casos en los que no todos los participantes sepan escribir es más pertinente utilizar la lluvia de ideas para poder conocer la opinión del grupo.

Ventaja

Las ideas pueden ser anónimas. Algunas personas se sentirán más cómodas en esta situación para dar rienda suelta a sus ideas.

Ejemplo:

Igual que el de la lluvia de ideas. Las preguntas sobre sexualidad, género o violencia puede que sean más fáciles de tratar por escrito (gracias al anonimato).

3 / CUENTOS

Útil para:

- **Difundir información.**
- **Animar a las personas** a cuestionarse **sus creencias, sus actitudes y sus prácticas.**
- Ayudar a **anticipar situaciones** y a desarrollar estrategias de decisión.

Dónde y para quién:

El cuento está especialmente adaptado a un público **compuesto por niños o por familias**. Un cuento se le puede contar a una persona, a un grupo pequeño, a una clase, o incluso a un grupo más grande por la radio o la televisión.

Procedimiento:

Elegir o escribir una historia que ilustre una problemática de salud.

- Es preferible elegir **uno local**, que respete la estructura tradicional y las reglas narrativas propias de la cultura en cuestión. De esta forma, será más accesible y resultará más fácil de entender al público. En el caso de que escribamos el cuento para la ocasión, es importante relacionarlo con el contexto local para facilitar su comprensión.
- **La historia debe ser creíble y clara** (sobre todo la conclusión). Por otro lado, es importante que el público pueda reconocerse fácilmente en los distintos personajes. Una duración de cinco a diez minutos es adecuada, ya que permite que los oyentes permanezcan atentos. Durante la lectura, hay que tener en cuenta la entonación y podemos incluso acompañar la exposición con gestos para captar mejor la atención del público y hacer la historia más atractiva.

Se debe seguir la lectura de un debate para:

- **Comprobar que se ha entendido.**
- **Debatir sobre el comportamiento** de los distintos personajes de la historia: ¿habrían hecho ellos lo mismo? De lo contrario, ¿qué habrían hecho en su lugar?, ¿qué otras soluciones se les ocurren?, etc. No plantear

las preguntas de forma que impliquen un juicio de valor (ejemplo: ¿Qué personaje ha hecho una tontería?), ya que podemos ofender o herir a personas que hayan actuado así y perder así su confianza y su interés.

- **Responder a las posibles preguntas.**

Ejemplo:

La fiebre del león (en inglés) (Child to Child)
Hay muchas historias disponibles en la página web Child to Child:
<http://www.child-to-child.org/resources/stories.htm>

Child to Child es una red internacional cuyo objetivo es animar a los niños a promover la salud, el bienestar y el desarrollo para ellos, sus familias y sus comunidades. Child to Child relaciona constantemente el aprendizaje con la acción y el saber con el saber hacer y el saber estar. Gracias a un enfoque participativo, pretende conseguir que los niños sean los protagonistas de su propia salud y de la salud de su entorno.

4 / FÁBULA

Útil para:

Enseñar a los niños cuáles son los comportamientos beneficiosos para su salud y los comportamientos sociales que promueve la sociedad en la que viven.

Dónde y para quién:

- Los destinatarios pueden ser un grupo de niños o familias. También se puede utilizar la fábula con adultos, para ilustrar un mensaje o una presentación.
- En un lugar tranquilo y sin distracciones, ya sea en el interior o al aire libre.

Procedimiento:

- Elección de una fábula: es preferible inspirarse en fábulas locales, que tendrán más significado para la población. Si utilizamos una fábula procedente de otra cultura, habrá que trasladar y adaptar las expresiones, costumbres y prácticas locales para facilitar la comprensión y la asimilación del mensaje.
- Lectura de la fábula.

- Debate para asegurarnos de que se a ha entendido y animar a la reflexión (no omitir esta segunda etapa).

Ejemplo:

Fábula extraída de: L'éducation pour la santé, manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaire, OMS, 1990 (en francés, sobre la salud buco-dental):

«El caballo y el perro solían cenar juntos todas las noches tras una dura jornada de trabajo. El caballo, a penas terminaba el último bocado, se quedaba dormido porque estaba muy cansado. El perro, aunque también estaba muy cansado, nunca olvidaba lavarse los dientes antes de acostarse. Una noche, el caballo le preguntó: «¿por qué te lavas siempre los dientes? Sería mejor que te acostaras pronto, como yo, para tener fuerzas por la mañana». El perro le respondió: «al lavarme los dientes, los fortalezco. Un perro tiene que tener los dientes fuertes para roer los huesos y proteger la casa de los animales peligrosos». El caballo, a modo de respuesta, se quedó dormido como de costumbre. Un día, un amigo le trajo al caballo unas deliciosas manzanas crujientes. Al caballo le encantaban las manzanas y decidió guardarlas para el postre. Esa noche, mientras el perro roía un hueso, el caballo se dispuso a comerse sus manzanas. Cuando le dio el primer mordisco, se escuchó un gran crujido. El caballo sintió tal dolor en uno de sus dientes que dio un grito. El perro corrió a ver lo que le pasaba a su amigo y, cuando llegó, se encontró con una manzana tirada en el suelo y, a su lado, un trozo de diente. El caballo gritaba: ¡Pónmela en su sitio, quiero tener los dientes fuertes! Pero, desgraciadamente, era demasiado tarde. El perro no podía hacer la nada para ayudar a su amigo a recuperar el diente».

5 / HISTORIA DE GRUPO

Útil para:

- Permitir que **todos tomen la palabra.**
- **Comprobar los conocimientos** de cada uno.
- Fomentar el intercambio de información dentro del grupo.
- **Buscar soluciones en grupo.**

Ventajas:

Método lúdico, interactivo y participativo.

Dónde y para quién:

- **En pequeños grupos** (con un máximo de diez personas).
- En un **lugar en el que no nos molesten ni interrumpen.**

Procedimiento:

Una persona empieza a contar una historia, describiendo la situación y presentando a personajes que tienen algún problema. **A continuación, pasa la palabra a otro** participante, que debe solucionar los problemas de estos personajes e inventar un nuevo personaje que tenga un nuevo problema y así sucesivamente.

Ejemplo:

N: «Se trata de una joven, Catie, que tiene 16 años y sale con un chico. No utiliza ningún tipo de anticonceptivos pero no quiere quedarse embarazada. No se atreve a hablar con sus padres porque tiene miedo de cómo puedan reaccionar pero está muy preocupada y no sabe a quién acudir. Viene a pedirte consejo».

J: termina a su manera la primera historia y encadena con la siguiente. Por ejemplo: «Catie tiene una amiga, Anna, que viene a verla porque se ha enterado de que un chico al que conoció es seropositivo y se pregunta si ha podido contraer el VIH. Solamente se besaron pero está muy preocupada y no sabe qué hacer. ¿Qué le responderías tú si fueras Catie?». Otro ejemplo: «Catie tiene muchos hermanos. Una noche, cuando vuelve del colegio, el más pequeño, que tiene tres años, está ardiendo de fiebre. Sus padres no están en casa. ¿Qué puede hacer?». **Una tercera persona toma la palabra, y así sucesivamente.**

6 / JUEGO DE CARTAS

Útil para:

Aprender divirtiéndose.

Para quién:

- Una o varias personas (entrevista individual o de grupo).
- Es especialmente apropiado para niños, pero se puede utilizar con personas de todas las edades, sobre todo con personas analfabetas.

Procedimiento:

Podemos utilizar un juego de cartas ya existente (ver ejemplos) o crearlo nosotros mismos.

En el segundo caso, es importante crear varias categorías de cartas. Por ejemplo, si nuestro tema es **una enfermedad concreta**, podemos hacer:

- Cartas de **causas**, en las que explicamos las distintas causas o formas de transmisión de la enfermedad.
- Cartas de **síntomas**, en las que se describan los principales síntomas de la enfermedad.
- Cartas de **tratamiento**, que informen de los distintos tratamientos disponibles.
- Cartas de **prevención**, que presenten las distintas formas de prevención.
- Cartas de **consecuencias**, que describan las consecuencias de la enfermedad (secuelas, muerte, etc.).

Si el tema es la nutrición, podemos clasificar las cartas de otra forma, en función de las cualidades nutritivas de los alimentos, por ejemplo:

- Cartas de **alimentos ricos en hierro**.
- Cartas de **alimentos ricos en vitamina A**.
- Etc.

A continuación, el juego de cartas se puede utilizar de las siguientes formas:

→ **Durante una entrevista individual**, lo podemos utilizar para pedir a la persona que elija las cartas que representan, en su opinión, las causas de la enfermedad, sus síntomas, las formas de prevención, etc. Esto permite partir de sus conocimientos para después completarlos o rectificarlos.

→ También se pueden utilizar **en grupo**, de distintas formas:

– Cada **uno roba una carta** por turnos y dice la categoría a la que pertenece. Si se equivoca, el moderador explica la carta y la devuelve al montón. Si responde bien, se queda con la carta. El juego termina cuando no quedan cartas en el montón y el ganador es el que más cartas tiene.

– **Se reparten todas las cartas**. El primer jugador roba una carta de otra persona y, si puede formar un par de una categoría, lo coloca delante de él y lo explica. Si se equivoca, guarda esas cartas en su montón después de escuchar al moderador. A continuación, le toca a otro jugador robar una carta de un tercero y ver si puede hacer un par, y así sucesivamente. El juego acaba cuando a un jugador no le quedan más cartas en la mano, y gana quien más pares tenga sobre la mesa. Se pueden realizar distintas variantes: formar tríos en lugar de parejas o cambiar las parejas de la misma categoría por parejas que se encadenen (p. ej., una carta de síntoma con una de consecuencia, o una carta de tratamiento con una de síntoma). Para esta variante, quitar las cartas que sobren: las cartas de prevención, por ejemplo, si no hay unas cartas que puedan formar pareja con éstas.

– Al igual que en el juego de las familias, pero para eso hay que conocer bien las reglas.
– Y de muchas otras formas... que cada uno dé rienda suelta a su creatividad.

Ejemplo:

- **Juego del CASO** (centro de acogida, atención y orientación) de Lyon, de Médicos del Mundo (disponible en la intranet de Médicos del Mundo, apartado S2AP)
- **Juego de cartas para la prevención de las diarreas y la malaria**, Martine y Patrick Mougnot © 2005 (en francés). Programa de lucha contra la mortalidad infantil y juvenil en los pueblos del interior de Manakara (Madagascar), Inter Aid, Red Pratiques: www.interaide.org/pratiques (información en inglés o francés).

7 / JUEGO DE LA OCA

Útil para:

Aprender divirtiéndose.

Para quién:

- Un grupo de varias personas (**máximo, seis**).
- Es especialmente apropiado para niños, pero se puede utilizar con personas de **todas las edades**, sobre todo con personas analfabetas.

Preparar el juego de la oca:

Podemos utilizar un juego de la oca ya existente o crearlo nosotros mismos. El principio es que cada jugador explique lo que significa la casilla en la que se encuentra. Si lo hace bien, vuelve a tirar. Si se equivoca, otro jugador debe explicarlo por él. Si un jugador llega a una casilla "síntoma", debe volver atrás para buscar el tratamiento apropiado. Se pueden inventar distintas variantes: las casillas de "prevención" y "tratamiento" hacen que el jugador avance varias casillas si este describe correctamente la casilla (de lo contrario, se queda donde está). Si el jugador cae en las casillas de "causas", "síntomas" o "consecuencias", tiene que volver atrás. Otra posibilidad es que pierda un turno a no ser que describa correctamente la casilla y cite la forma de prevención o el tratamiento correspondiente, por ejemplo (en este caso se queda donde está y no vuelve atrás ni pierde un turno).

Sea cual sea la variante elegida, el juego tiene que ser participativo, de forma que los jugadores comenten y expliquen las casillas y podamos asegurarnos de su comprensión.

Ejemplo:

Juego de la oca para la prevención de diarreas y de la malaria, Martine y Patrick Mougnot © 2005. Programa de lucha contra la mortalidad infantil y juvenil en los pueblos del interior de Manakara (Madagascar), Inter Aid, Red Pratiques: www.interaide.org/pratiques (información en francés o en inglés).

8 / DOMINÓ

Útil para:

Aprender divirtiéndose.

Para quién:

- Un grupo de varias personas (**máximo, seis**).
- Es especialmente apropiado para niños, pero se puede utilizar con **personas de todas las edades**, sobre todo con personas analfabetas.

Instrucciones:

Podemos utilizar un dominó ya existente o crearlo nosotros mismos. El dominó es especialmente útil para ilustrar la relación de causa-efecto o la relación temporal (por ejemplo, para explicar la cadena de transmisión de los microbios o para explicar de cadena de la causa de la enfermedad, síntomas, tratamiento y cura o ausencia de tratamiento y secuelas). El principio es el mismo que el del dominó normal, pero cada participante debe comentar la ficha que coloca y, si no lo consigue, otro participante (o el propio animador) debe ayudarle.

Ejemplo:

Juego de dominó para la prevención de las diarreas y la malaria, Martine y Patrick Mougnot © 2005 (en francés). Programa de lucha contra la mortalidad infantil y juvenil en los pueblos del interior de Manakara (Madagascar), Inter Aid, Red Pratiques: www.interaide.org/pratiques (información en inglés o francés).

9 / FOTOLENGUAJE

Útil para:

- **Aprender a elegir** y a **explicar la decisión** que tomamos.
- **Fomentar la expresión** en grupo.

Dónde y para quién:

- Destinado **a grupos**.
- El fotolenguaje se utilizó por primera vez con grupos de adolescentes, para ayudarles a expresarse, pero se puede utilizar con **cualquier grupo**.
- Tiene que ser un lugar en el que podamos extender las fotos (en una mesa, por ejemplo), y debe ser **tranquilo y sin distracciones**.

Procedimiento:

El fotolenguaje **consiste en utilizar una serie de fotos sobre un tema determinado**. Se puede comprar un juego de fotolenguaje pero podemos hacer el nuestro propio. Se utiliza en grupo y se colocan las fotos boca abajo en una mesa. Se plantea una pregunta y cada participante elige, para contestar, entre una y tres fotos (según el caso). Es posible que varios participantes elijan la misma foto. A continuación, cada uno explica, por turnos, por qué ha elegido esas fotos, lo que significan para él, el sentido que les da, por qué responden a la pregunta, etc. Tras un turno de palabra se puede realizar un pequeño debate entre las personas que hayan elegido fotos opuestas. De esta forma, se pueden contrastar los puntos de vista, los sentimientos y las formas de ver las cosas de los participantes.

Las reglas básicas son las mismas que en cualquier actividad de grupo.

- **Respeto de la palabra** de cada uno de los participantes (el educador debe asegurarse de que todos tomen la palabra). Que no haya agresiones verbales y que nadie le corte la palabra a nadie.
- **El educador modera el tiempo** y la conversación.

Podemos crearlo reuniendo un juego de fotografías, o buscar uno que ya exista, pero en general hay que pagarlos.

10 / ASESORAMIENTO

Útil para:

- **Asesorar a una persona sobre un tema** de salud, partiendo del principio de que cada individuo es capaz y tiene derecho a participar en la resolución de los problemas que le conciernen.
- Ofrecer **un acompañamiento personalizado** y adaptado a los conocimientos, actitudes y prácticas de cada uno.

Dónde y para quién:

El asesoramiento es una técnica utilizada durante **la entrevista individual**, preferentemente en un lugar tranquilo, sin distracciones, donde se respete la confidencialidad. Se recomienda utilizar carteles, trípticos, folletos u otros recursos para ayudarnos a ilustrar la conversación.

Procedimiento:

- Para el asesoramiento se debe establecer **una relación de confianza y de escucha**, basada en el respeto mutuo.

→ **Los objetivos generales** son facilitar la toma de decisiones, promover el desarrollo personal, ayudar a la persona a enfrentarse a situaciones nuevas y permitirle mejorar la calidad de su relación con otras personas. Los objetivos específicos varían en función del tema tratado.

- **Una guía de entrevista puede servir de guión** para un asesoramiento, aunque puede que este no se respete escrupulosamente, ya que hay que permitir que surja **una conversación espontánea** y la asociación de ideas. El objetivo de la guía es sobre todo servir de recordatorio de los puntos clave que no debemos olvidar.

Ejemplo:

- Método **GATHER** para salud reproductiva (OMS)¹⁴:
- Greet users
- Ask users about themselves
- Tell users about the service(s) available
- Help users choose the service(s) they wish to use
- Explain how to use the service(s)
- Return follow-up

11 / REPRESENTACIÓN TEATRAL

Útil para:

- **Reflexionar** sobre nuestro comportamiento, nuestra forma de reaccionar, nuestros sentimientos y nuestras creencias y entender otros puntos de vista.
- Reflexionar sobre los conflictos y sentimientos representados y ver **en qué medida pueden constituir un obstáculo o desencadenar comportamientos beneficiosos** para la salud.

Dónde y para quién:

- **Para un grupo grande:** se trata de intentar llegar a toda la comunidad.
- **En un lugar al aire libre o en el interior,** tranquilo, en que quepa un grupo grande y todos puedan ver bien el escenario.

ATENCIÓN

hay que comprobar que este tipo de comunicación se corresponde con la cultura de los espectadores y que se utilizan las formas de narración con las que están familiarizados los destinatarios desde su infancia. ¿Sería pertinente utilizar este tipo de comunicación en una sociedad en la que el teatro ha aparecido recientemente?, ¿cuáles son las formas de narración del teatro tradicional local?

Procedimiento:

Elegir o escribir una escena que trate una cuestión de salud. En ocasiones, las obras tradicionales resultan ser muy pertinentes o también pueden servir de base para una adaptación. **La cuestión de salud no tiene por qué ser el centro de la trama, pero sí que hay que darle bastante importancia para que llame la atención del público.** Existen varias posibilidades en lo que respecta a la participación de la comunidad:

Escritores, actores y espectadores:

Los miembros de la comunidad pueden escribir el guión ellos mismos y serán también ellos los actores que participen en la obra que se representará para el resto de la comunidad. Se trata de un taller de teatro completo, que va desde la escritura hasta la actuación. Otros pueden encargarse de la publicidad de la obra y de la organización (encontrar y acondicionar un lugar, preparar el recibimiento de los espectadores, etc.).

Actores y espectadores:

Un grupo de la comunidad puede ensayar una obra existente y representarla para el resto de la comunidad. Otros pueden encargarse de la publicidad de la obra y de la organización (encontrar y acondicionar un lugar, preparar el recibimiento de los espectadores, etc.).

Espectadores:

La comunidad tiene la oportunidad de asistir a una obra de teatro cuyos actores vienen de fuera de la comunidad. Recomendamos que se intente que **la actitud de la comunidad sea participativa**, que se impliquen para que la experiencia sea lo más rica posible. Es muy recomendable **dedicar un tiempo de debate** al final de la actuación, para que el público pueda hacer preguntas, comentar con los actores algunos puntos, etc.

14. *Interagency manual on reproductive health in refugee situations: Information, education and communication programmes*, publicación de la OMS (disponible en inglés).

12 / MARIONETAS

Útiles para:

Conseguir que la gente se plantee lo que es bueno o malo para la salud, utilizando el teatro de marionetas para representar situaciones reales que les recuerden a su experiencia personal.

Dónde y para quién:

- Para **un grupo mediano** (unas veinte personas).
- Dirigido a **niños y a familias**.
- En **un lugar tranquilo** y sin distracciones, ya se en el interior o al aire libre.

Preparación de un teatro de marionetas:

- Hay que conseguir previamente las marionetas. Existen distintos tipos de marionetas, por ejemplo:
- **Marionetas de tela**, movidas con la mano.
 - **Marionetas de hilos**: se atan los hilos a los brazos, a las piernas, a la cabeza y a la boca de las marionetas. Éstas pueden ser de tela, de cartón, de madera, o de cualquier otro material.
 - **Marionetas de sombras chinescas** (de madera, papel o metal).

Puede ser interesante, si tenemos el tiempo y los medios necesarios, **organizar un taller de fabricación de marionetas**. De esta forma, podemos **adoptar un enfoque participativo** en el que los niños creen sus propias marionetas, inventen la obra y representen el espectáculo para familias y amigos invitados. El procedimiento es el mismo que para las obras de teatro: los niños pueden montar el proyecto de principio a fin o participar solamente en varias etapas. Se recomienda abrir un tiempo de debate al terminar el espectáculo. Incluso es posible realizar algunos paréntesis para debatir durante el propio espectáculo. Las marionetas son muy adecuadas para esto, ya que una

marioneta puede tener el papel de plantear preguntas al público, y aparecer regularmente para preguntar: ¿Habéis visto lo que ha pasado? ¿Qué os parece?, ¿Cómo podía este personaje evitar...? Incluso es posible y recomendable organizar una obra interactiva, en la que el público vote la continuación de la historia, votando por la solución que les parezca más apropiada de entre las dos o tres propuestas, y viendo después las consecuencias de su elección. Por ejemplo: “El pequeño Moussa tiene fiebre y está tiritando. Su madre está muy ocupada, está... (elegir una tarea importante según el contexto). Una vecina le dice: “hay que llevar al pequeño a ver al médico de la comunidad inmediatamente”. Otra dice: “no pasa nada. Todos los niños tienen fiebre, se le pasará, es fuerte”. ¿Qué elegís?”.

A continuación, la obra continuará de forma distinta según la solución elegida. Más tarde, volvemos a preguntar: “¿Era esa la elección apropiada?”, para que el público lo confirme o lo rectifique si es necesario. Si el público se había equivocado y cambia de opinión, repetimos la actuación con la nueva solución escogida.

Ejemplo:

Coffret pédagogique Badaboum et Garatoi (Inpes), sobre la prevención de accidentes de niños de 4 a 6 años (disponible en francés). Este maletín pedagógico está orientado a la representación, mediante un teatro de marionetas, de situaciones en las que exista un riesgo de accidente. Solo incluye las caras de las marionetas, de forma que los niños tienen que fabricar el cuerpo.

3 C

DESARROLLAR UN SABER Y SABER HACER

1 / DEMOSTRACIÓN

RECUERDE

Útil para:

Adquirir un saber hacer, viendo cómo se hace y practicando.

Dónde y para quién:

Entrevista individual o grupo pequeño. Si hay demasiado público, la gente no verá bien y no podrán practicar todos ni hacer todas las preguntas que quieran.

Procedimiento:

- **Explicar la técnica** que vamos a utilizar para la demostración. Animar a que hagan preguntas desde el principio.
- **Hacer la demostración**, lentamente, explicando cada paso. Repetir la demostración si no la han entendido bien. Animar al público a hacer preguntas.
- **Pedir a un voluntario** que se acerque a hacer la demostración. Animar al público a hacer comentarios.
- **Dar a cada uno la posibilidad de practicar.** Observar y dar consejos. Proponer que trabajen por parejas para que puedan ayudarse unos a otros.

- Es posible que se necesiten varias demostraciones para adquirir un saber hacer, por lo que se recomienda planificarlas.
- Las visitas de seguimiento pueden ser útiles para controlar el saber hacer adquirido o corregir los errores.
- Durante la demostración, se recomienda utilizar un material y unos objetos que resulten familiares al público (por ejemplo, en el tema de la nutrición, utilizar las formas de cocinar y los utensilios que suele utilizar la población).

Ejemplos:

- Demostración del uso del preservativo.
- Demostración de la preparación de suero.

2 / MAQUETAS Y OTRO MATERIAL DIDÁCTICO

Útiles para:

- **Ilustrar un mensaje** o visualizar un mecanismo.
- Permitir a los participantes que **practiquen**.

Dónde y para quién:

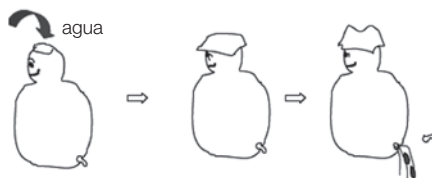
Utilizarlos en **una entrevista individual o en grupo**, o incluso presentarlos durante una exposición.

Procedimiento: Consejos:

- Se recomienda utilizar **material tridimensional**, ya que permite visualizar mejor en el espacio. Esto es especialmente importante cuando queremos enseñar conceptos de anatomía: es muy difícil entender un corte anatómico (2D).
- **Intentar fabricar maquetas lo más realistas posible.**
- Intentar que resulten **lo más lúdicas y atractivas posible**, principalmente cuando el público son niños.
- Podemos fabricar maquetas y otro material didáctico **utilizando distintos materiales**: cartón, tela, calabazas, madera, ropa vieja, botellas, latas...y todo lo que la imaginación nos permita.

Ejemplo:

Para que se entiendan mejor las consecuencias de la diarrea (deshidratación), podemos utilizar una calabaza, cortando la extremidad superior y haciéndole un pequeño agujero en la parte inferior. Al principio, cubriremos este agujero con un tapón. A continuación, llenaremos la calabaza de agua por completo y la cubriremos con una tela fina y húmeda. Entonces pediremos a los participantes que retiren el tapón y observen lo que ocurre. Como veremos, la tela se ahueca, simulando el hundimiento de la fontanela que se produce en los bebés deshidratados. Es recomendable pintar unos ojos, una nariz y una boca en la calabaza para que resulte más fácil imaginarse a un niño. También podemos hacer dos pequeños agujeros en los extremos de los ojos, lo que nos permitirá observar que cuando la calabaza está llena (el niño está bien hidratado), cuando el niño llora, salen lágrimas, mientras que cuando la calabaza se vacía (el niño está deshidratado), si el niño llora, no salen lágrimas. De esta forma, les transmitimos un nuevo mensaje



sobre los síntomas de la deshidratación: un niño que llora sin derramar lágrimas probablemente esté deshidratado.
– Podemos encontrar numerosos ejemplos de material didáctico en el libro de C Werner y B. Bower, "Helping health workers learn".

3 / CASOS PRÁCTICOS

Se trata de historias basadas en hechos reales.

Útiles para:

- **Proponer y evaluar** soluciones.
- Aprender a **solucionar problemas**.

Dónde y para quién:

Utilizar con **un grupo pequeño**, de forma que sea posible exponer, argumentar y comparar las distintas soluciones propuestas.

Redacción y procedimiento:

- Respetar **el anonimato**.
- Redactar **un texto conciso** para poder mantener la atención del público. La información que demos debe ser precisa y realista, y hay que asegurarse de que no exista confusión posible. Es preferible que el caso toque solo una temática. Debe poner de manifiesto uno o más problemas y requerir una decisión (conclusión abierta). Puede que el problema ya se haya resuelto de una forma determinada, que tendrán que debatir los participantes. El moderador podrá preguntar: ¿están de acuerdo con las soluciones tomadas?, ¿se puede trasladar esta solución a otros casos?, ¿qué cambiarían?

Procedimiento:

- **Repartir varios ejemplares** si la gente sabe leer y, de lo contrario, leer en voz alta.
- Dejar unos minutos de **reflexión individual**.
- **Hacer varias preguntas para empezar** el debate: ¿qué piensan de la situación?, ¿qué problemas podemos detectar? Más tarde, continuar con preguntas relacionadas con la búsqueda de soluciones: ¿qué harían ustedes?, ¿cuáles son las soluciones posibles?, ¿cuáles son las ventajas y los inconvenientes? Y, por último, hacer preguntas sobre la decisión: ¿qué solución elegimos?, ¿por qué?

El moderador debe adoptar una posición neutra y reformular las ideas de cada uno de los participantes para aclarar los distintos puntos de vista. Su papel también consiste en animar a todos a participar. Además, debe servir para concienciar a los participantes sobre elementos decisivos de su razonamiento e incitarles a comparar los resultados del estudio de casos prácticos con su realidad.

3D

DESARROLLAR UN SABER HACER Y SABER ESTAR

1 / JUEGO DE ROL¹⁵

El juego de rol es una forma divertida de **aprender simulando situaciones reales**.

Útil para:

- Desarrollar un saber hacer (una práctica).
- Desarrollar las competencias comunicativas, **aprender a interactuar** con los demás, explorar soluciones alternativas y adaptar las respuestas según las situaciones.
- **Desarrollar la empatía y el espíritu crítico.**

Dónde y para quién:

En **grupos pequeños**, con uno dos moderadores.

Procedimiento:

Juego (de 20 a 30 minutos).
→ **Cada participante** (voluntariamente) recibe una descripción del papel que debe desempeñar (por escrito o de forma oral). Tras varios minutos de preparación, empieza el juego propiamente dicho.

→ **Quienes observan** pueden hacer sugerencias y, a veces, unirse al juego.

→ **Parar el juego si los actores han solucionado** el problema, si tardan más de 20 minutos o si los espectadores parecen aburrirse.

Debate (de 20 a 30 minutos).

Después del juego, empezar un debate para que los actores y espectadores comenten la situación y la forma de actuar de cada uno. Podemos, por ejemplo, abrir el debate haciendo preguntas como: ¿están contentos con la forma en la que se ha acabado el juego?, ¿podrían haber encontrado otras soluciones?, ¿cómo se han sentido durante el juego?

Ejemplo:

Juego de rol extraído de “Les Enfants pour la santé”, publicado en “L’enfant pour l’enfant et UNICEF”, 1993:

Agrupar a los adolescentes por parejas y dejarles elegir una situación para que practiquen a decir que no, por ejemplo:
Decir que no cuando les ofrecen una copa o un cigarro.

Decir que no cuando les ofrecen droga.

Decir que no cuando les proponen mantener relaciones sexuales sin protección.

Un miembro de cada pareja desempeña el papel de “tentador” y el otro es “el que dice no”.

Después del juego, les ayudamos a debatir:

¿Qué pensabais cuando os pedían que hicierais cosas peligrosas?

¿Qué sentíais cuando los tentadores no querían aceptar vuestro “no”?

En la realidad, ¿Qué os podía haber hecho cambiar de opinión?

Y, por otro lado:

¿Por qué queríais convencer a vuestro amigo para que hiciera algo peligroso?

¿Qué habéis sentido cuando vuestro amigo ha dicho “no”?

¿Qué deberían haberos dicho para que dejaseis de intentar convencerles de algo que no querían hacer?

15. D. Werner and B. Bower Helping health workers learn

3 E

DESARROLLAR EL SABER, SABER HACER Y SABER ESTAR

1 / MALETÍN PEDAGÓGICO

Útil para:

Desarrollar un proyecto de educación para la salud **englobando los tres campos del saber, saber estar y saber hacer.**

Dónde y para quién:

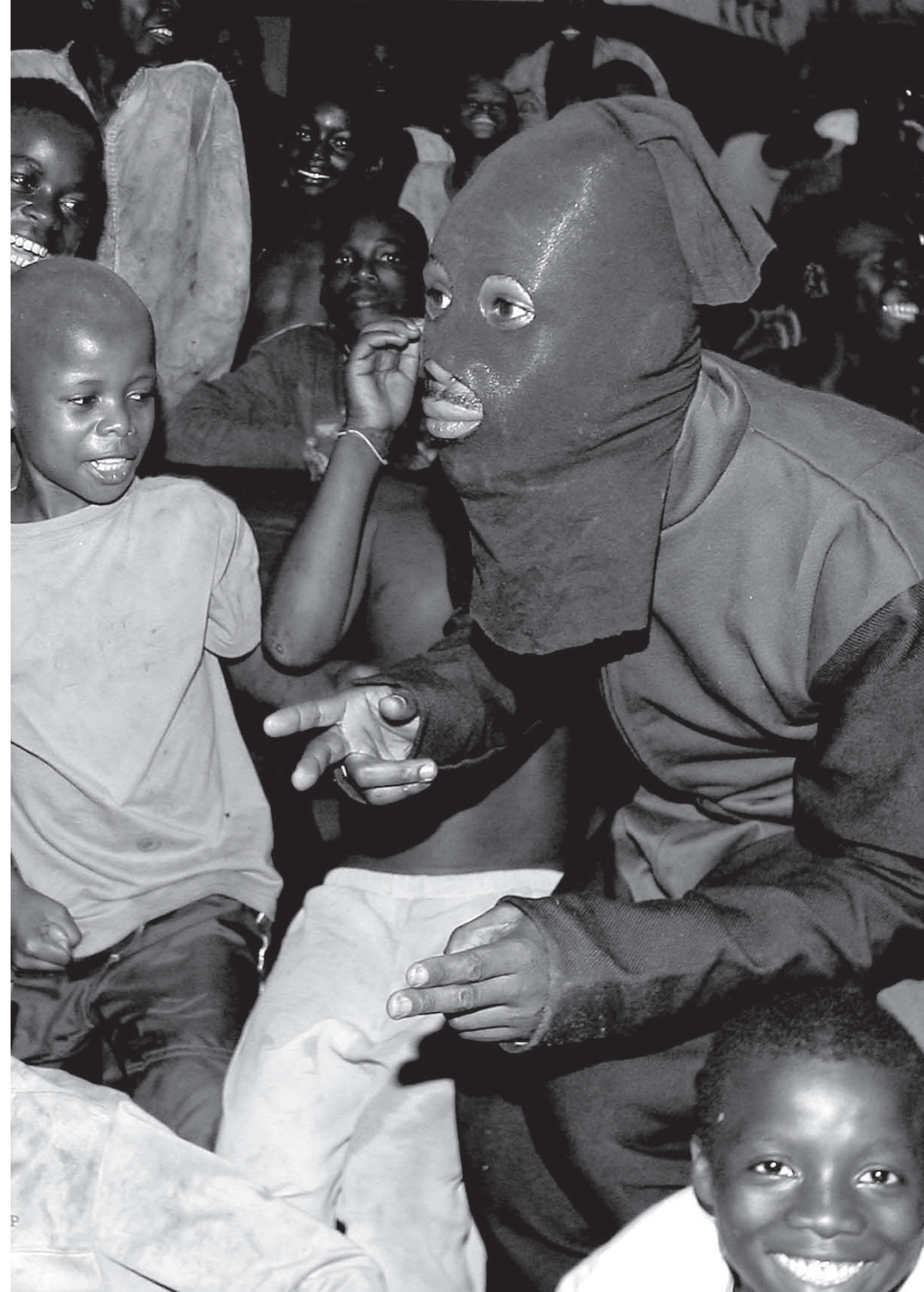
Para utilizar en el colegio, en el marco de un proyecto de educación para la salud en el medio escolar. Las actividades propuestas están adaptadas a un grupo de tamaño escolar.

Preparación del maletín pedagógico:

El maletín pedagógico incluye **numerosas actividades** (historias, charlas, debates, juegos de rol, demostraciones, etc.) y, en ocasiones, distintos recursos (juegos, carteles, folletos, etc.) Permite desarrollar **un proyecto bastante completo así como un seguimiento a medio o a largo plazo sobre el tema de salud tratado.** Las actividades permiten ir profundizando poco a poco y desarrollando conocimientos en los tres campos de saber, saber hacer y saber estar.

Ejemplo:

- Proyecto pedagógico sobre el VIH/sida en el medio escolar: http://www.interaide.org/pratiques/pages/santesco/educsante/ID_sida.htm (Initiative Développement. Programa de Jean Rabel, Haití).
- Proyecto pedagógico sobre la nutrición en el medio escolar: http://www.interaide.org/pratiques/pages/santesco/educsante/ID_alimentation.htm (Initiative Développement. Programa de Jean Rabel, Haití).



PÁGINA 86

4A

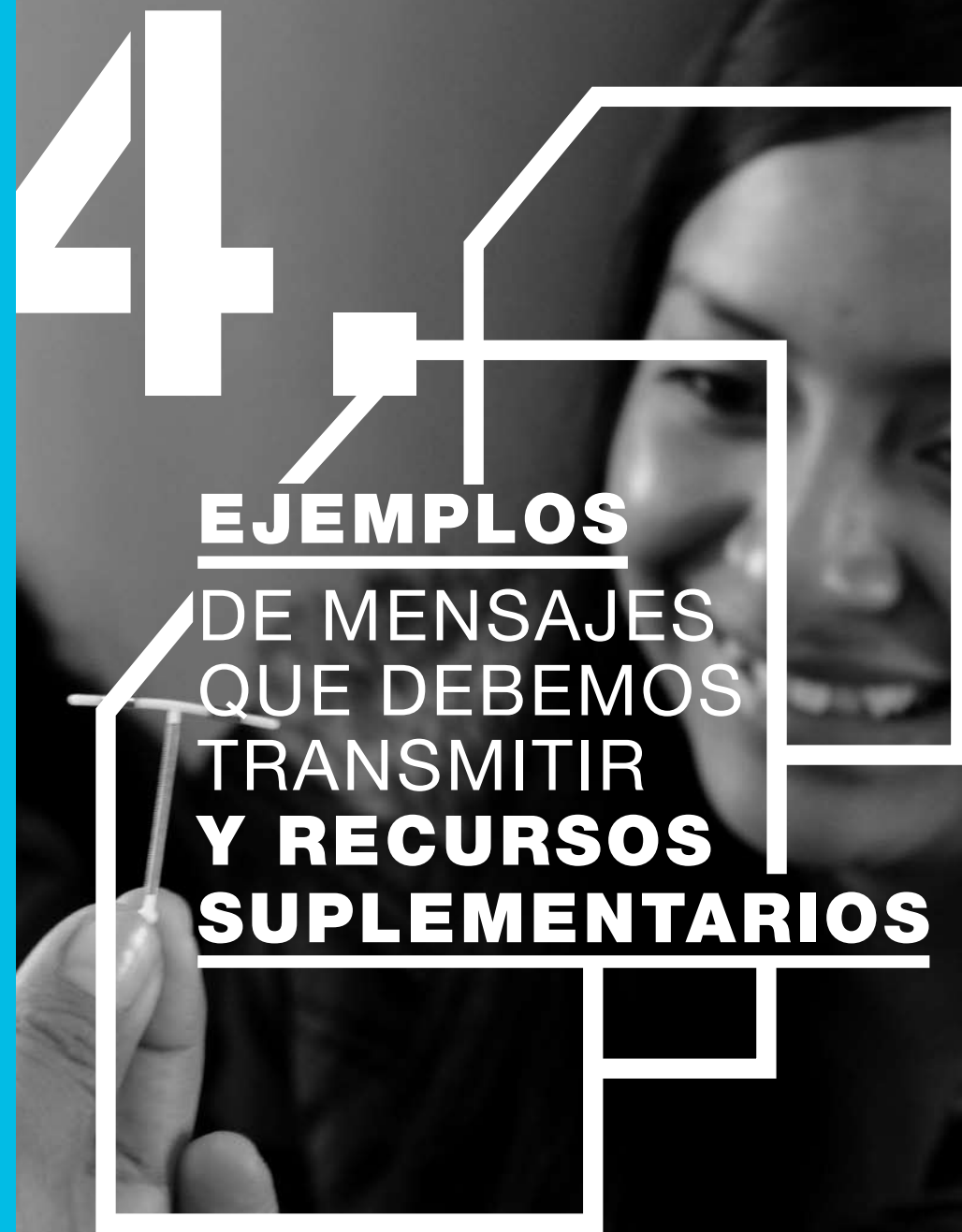
EJEMPLOS DE MENSAJES

PÁGINA 87

4B

OTROS RECURSOS

87 Libros y guías de actividades
87 Páginas web



EJEMPLOS
DE MENSAJES
QUE DEBEMOS
TRANSMITIR
Y RECURSOS
SUPLEMENTARIOS

44 A

EJEMPLOS DE MENSAJES

➤ La publicación “Facts for life» (Unicef, Oms, Unesco, Unfpa, Pnud, Onusida, Pma, Banco Mundial), que se puede descargar gratuitamente de internet, recupera ejemplos de mensajes clave para transmitir a la población. Presentamos aquí algunos de ellos, por si pueden servir de inspiración para la creación de nuevos recursos.

Cada capítulo se divide en dos partes: la primera presenta los mensajes clave y la segunda profundiza en los mensajes punto por punto.

Para acceder al índice de capítulos y descargarlos, hacer clic en los siguientes enlaces:

- **Para la vida:**

<http://www.unicef.org/spanish/ffl/text.htm>

Para acceder directamente al contenido de los mensajes, hacer clic en los siguientes enlaces:

- **El espaciamiento de los nacimientos:** <http://www.unicef.org/spanish/ffl/pdf/factsforlife-sp-part2.pdf>

- **La maternidad sin riesgos:** <http://www.unicef.org/spanish/ffl/pdf/factsforlife-sp-part3.pdf>

- **El desarrollo infantil y el aprendizaje temprano:** <http://www.unicef.org/spanish/ffl/pdf/factsforlife-sp-part4.pdf>

- **La lactancia materna:** <http://www.unicef.org/spanish/ffl/pdf/factsforlife-sp-part5.pdf>

- **La nutrición y el desarrollo:** <http://www.unicef.org/spanish/ffl/pdf/factsforlife-sp-part5.pdf>

- **La inmunización:** <http://www.unicef.org/spanish/ffl/pdf/factsforlife-sp-part7.pdf>

- **La diarrea:** <http://www.unicef.org/spanish/ffl/pdf/factsforlife-sp-part8.pdf>

- **La tos, los catarros y otras enfermedades**

más graves: <http://www.unicef.org/spanish/ffl/pdf/factsforlife-sp-part9.pdf>

- **La higiene:** <http://www.unicef.org/spanish/ffl/pdf/factsforlife-sp-part10.pdf>

- **El paludismo:** <http://www.unicef.org/spanish/ffl/pdf/factsforlife-sp-part11.pdf>

- **El VIH/SIDA:** <http://www.unicef.org/spanish/ffl/pdf/factsforlife-sp-part12.pdf>

- **La prevención de lesiones:** <http://www.unicef.org/spanish/ffl/pdf/factsforlife-sp-part13.pdf>

- **Las situaciones de desastre o emergencia:** <http://www.unicef.org/spanish/ffl/pdf/factsforlife-sp-part14.pdf>

44 B

OTROS RECURSOS

Libros y guías de actividades

- “Child to child : a resource book” (ejercicios). Se pueden comprar en la página web de Talc: <http://www.talcuk.org/>
- Werner C. and Bower B., “Helping health workers learn”. Puede comprarse en la página web de Talc: <http://www.talcuk.org/>
- “Listening for health : better health communication through better listening”, ICCB et Child to child. Se puede comprar en la OICI (Oficina Internacional Católica de la Infancia): bice.paris@bice.org
- “Les enfants pour la santé”, L'enfant pour l'enfant en colaboración con Unicef.
- HIV / stigma (international HIV / Aids Alliance). Actividades de grupo para combatir la discriminación: “Understanding and challenging HIV stigma”, toolkit for action
- “Módulos de capacitación en salud sexual y reproductiva para adolescentes”, Médicos del Mundo. Disponible en la intranet de Médicos del Mundo, apartado S2AP
- A. Gumucio Dagrón. “Ondes de choc, histoires de communication participative pour le changement social”, Fondation Rockefeller, disponible en ligne sur : http://www.communicationforsocialchange.org/pdf/ondes_de_choc.pdf

Páginas web:

Podemos encontrar más recursos de educación para la salud en las siguientes páginas web:

- Instituto Nacional de Prevención y Educación para la Salud (de Francia): www.inpes.sante.fr, sección *Le catalogue* (información en francés).
- Centre régional de prévention du sida (Crips) : www.lecrips.net (en francés)
- Herramientas de prevención africanas: en la página web del CRIPS: <http://asp.lecrips-idf.net/afrique/outils-afrique.asp> (en francés o inglés)
- Pédagogie interactive en promotion de la santé : <http://www.pipsa.org/index.cfm> (en francés)
- Pratiques : réseau d'échanges d'idées et de méthodes pour des actions de développement <http://www.interaide.org/pratiques/pages/sante/sante.html> (en francés)
- Recursos disponibles en internet de la asociación Child to Child: <http://www.child-to-child.org/resources/onlinepublications.htm> (en inglés)
- Centre for global health communication and marketing : http://www.globalhealthcommunication.org/tools/strategy/behavior_change_communication (en inglés)
- Site Internet de Talc : Teaching aids at low cost: <http://www.talcuk.org/books.htm> (en inglés)

5A PÁGINA 90

INTRODUCCIÓN

90 1/Contexto:
educación
para la salud
91 Definición

5C PÁGINA 104

CONCLUSIÓN

5D PÁGINA 105

ANEXO

105 1/Análisis de un cartel
105 2/ Bibliografía
107 3/ Para saber mas...

5B PÁGINA 92

COMPLEJIDAD
DE LA
TRANSMISIÓN DE
CONOCIMIENTOS:
**LO QUE HAY
QUE TENER
EN CUENTA
A LA HORA
DE ELABORAR
RECURSOS** DE
SENSIBILIZACIÓN

93 1/Imagen
y escritura
97 2/ Metáforas
y metonimias
97 3/El relato
y el discurso
99 4/Papel y lugar
del emisor
100 5/La posición
cognitiva
de los destinatarios
102 6/La disonancia
cognitiva
(Festinger, 1957)

5

ANEXO

RECURSOS

DE SENSIBILIZACIÓN
Y DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD:
PISTAS

5A

INTRODUCCIÓN

➤ ¿Qué entendemos por recursos de sensibilización?, ¿cómo se elaboran?, ¿por qué y cómo hay que tener en cuenta los determinantes socioculturales a la hora de elaborar estos recursos? Y, sobre todo, ¿cuáles son las trampas y los obstáculos que tenemos que evitar?

En este capítulo vamos a intentar indicar, en líneas generales, lo que son los recursos de sensibilización, inspirándonos en lo que ya se ha hecho en el ámbito de la educación para la salud.

1 / CONTEXTO: EDUCACIÓN PARA LA SALUD¹⁶

La educación para la salud es una actividad necesaria en todo programa de promoción de la salud, ya que permite dar los medios a las poblaciones para que adopten comportamientos más beneficiosos para su salud, así como informarles y educarles para que aprendan a utilizar correctamente los recursos sanitarios que se encuentran a su disposición. Además, gracias a la educación, la comunidad siente los problemas como suyos, lo que

constituye un factor clave para la continuidad de las actividades promotoras de salud.

La educación sanitaria pretende también dar a los individuos los **conocimientos, actitudes y prácticas** necesarias para poder, si lo desean, cambiar sus comportamientos o reforzar los comportamientos favorables para su salud y la de su comunidad. Su objetivo es que cada uno pueda tomar una decisión responsable sobre los comportamientos que tienen una repercusión en su salud y en la de su comunidad. Se trata de promover, mediante la implicación del individuo, **una actitud participativa en materia de salud**.

Existen numerosos enfoques de la educación sanitaria. A continuación señalamos los tres más importantes¹⁷:

→ **Enfoque exhortativo o persuasivo**, cuyo objetivo es la modificación sistemática de los comportamientos de los individuos y de los grupos.

→ **Enfoque informativo y enfoque responsabilizador**, que consideran que la educación sanitaria consiste en que los individuos se concienten de lo que es bueno para ellos.

→ **Enfoque participativo**, según el cual la educación sanitaria necesita la participación y la implicación de los individuos y de los grupos para alcanzar un mejor control de su salud.

Definición

Entendemos por recurso de sensibilización una herramienta que se construye en base a cuatro factores:

→ **Destinatarios**.

→ **Material**

(audiovisual, carteles, folletos, mediación...).

→ **Espacio / tiempo** (reunión, conversación, sesión de teatro, telediario, sala de espera).

→ **Emisor del mensaje** (el personal sanitario, una institución, un igual, etc.).

Dicho de otra forma, la sensibilización tiene lugar dentro de un espacio/tiempo en el que el emisor tiene unos destinatarios y algún tipo de material. La sensibilización no puede limitarse a solo uno de estos factores, sino que el recurso es la unión de todos ellos. Además, hay que tener en cuenta la forma en que confluyen estos factores. El recurso es, por tanto, la **unión** de estos elementos y la **acción mutua y conjunta** de unos y otros. Esta precisión es importante, ya que, como veremos, cuando no dominamos uno de los factores (material inadecuado, mensaje inapropiado, población o momento mal elegidos, emisor inadaptado, etc.), se ponen en peligro los otros tres: ¿para qué sirve un buen anuncio en zonas en las que solo hay un televisor por pueblo?, ¿qué atención van a prestar las mujeres a un hombre joven (incluso perteneciente a la misma cultura) que protagonice una sesión de sensibilización sobre la lactancia?

Esta ficha metodológica se centrará principalmente en el material (cartel, programa televisado, folleto, etc.) y en la forma de difundirlo. La metodología de análisis que vamos a utilizar (**análisis semiológico**) **describe la relación que se establece entre el material y sus destinatarios**. El objetivo de esta ficha es aportar las herramientas metodológicas necesarias para que se **tengan en cuenta los factores culturales durante la elaboración de los recursos de sensibilización y ayudarnos a evitar trampas y peligros y a saber lo que debemos hacer**.

16. Consultar el documento Marco de referencia. Educación para la Salud, S2AP 2008, disponible en la intranet o en www.mdm-scd.org.

17. Bury J., *Éducation pour la santé: concepts, enjeux, planifications*, De Boeck Université, 1988

5B

COMPLEJIDAD DE LA TRANSMISIÓN DE CONOCIMIENTOS:

LO QUE HAY QUE TENER EN CUENTA A LA HORA DE ELABORAR RECURSOS DE SENSIBILIZACIÓN

➤ Para crear herramientas de sensibilización es necesario conocer en profundidad las creencias, el contexto y la organización sociocultural del público al que nos dirigimos.

Los principales determinantes socioculturales que hay que tener en cuenta son los siguientes:

➔ **Las creencias culturales** (y las palabras que utilizan: el idioma) de la población y de los emisores sobre el tema en cuestión: ¿entienden igual la violencia el público destinatario y los profesionales que elaboran el mensaje de sensibilización?, ¿qué palabras se utilizan para hablar de un tema tabú (sexualidad, violencia, etc.) en una sociedad determinada?

➔ **Los códigos culturales conscientes o inconscientes** que dan sentido (explícito o implícito) a los mensajes, la estructura semiológica de los recursos: por ejemplo, en el

sistema cultural birman, ¿cuáles son los signos (flechas, ideogramas, colores, gestos, etc.) que se suelen utilizar para indicar el riesgo?

➔ **El contexto sociocultural y la organización** (estructura familiar, tipo de actividad por género, relación de autoridad, etc.): ¿tiene siempre la población los medios necesarios para poner en práctica los consejos o para evitar que se cumplan las amenazas que se hacen en los mensajes?

Tomemos un ejemplo ilustrado por B. Taverne¹⁸: en Burkina Faso, la fórmula que se emplea en los mensajes de sensibilización contra el sida se presenta en forma de alternativa: “fidelidad o condón”. Si bien

el segundo término no se presta a ningún tipo de confusión, ya que se refiere a un objeto, ¿qué significado atribuirá la población al término “fidelidad”? Este mensaje exhortativo se refiere a un comportamiento sexual determinado que parece ser evidente, ya que no viene acompañado de explicación alguna. Sin embargo, ¿qué significado tiene el término “fidelidad” para la población (en algunos casos, polígama)?, ¿qué lugar ocupa este concepto dentro del conjunto de normas y valores que regulan las relaciones entre hombres y mujeres? Debemos reflexionar sobre el significado que se da a un término, tanto en el ámbito de la sexualidad como en cualquier otro, y tener en cuenta el marco social y cultural en el que se da un determinado comportamiento.

Tenemos que buscar la forma de conseguir que la población a la que dirigimos nuestro mensaje sea capaz de entenderlo y de sentirse identificado con él, de forma que, a partir de ahí, vaya evolucionando su razonamiento. Para ello, **vamos a hacer un repaso de las principales lógicas cognitivas que se movilizan cuando se visualiza un mensaje, es decir, los distintos elementos presentes en la estructura del mensaje y que determinan nuestra comprensión.**

Definición

La **cognición** abarca distintos procesos mentales como la percepción, la motricidad, el lenguaje, la memoria, el afecto, el razonamiento y las funciones ejecutivas en general. Así, el término cognición recoge las funciones con las que la mente humana construye una idea de la realidad que puede **alimentar nuestros razonamientos y guiar nuestra forma de actuar.**

1 / IMAGEN Y ESCRITURA

Los soportes de sensibilización como los carteles, los folletos, los prospectos o los recursos audiovisuales (películas, anuncios, etc.) permiten distinguir dos formas de expresión: la **icónica** (imagen) y la **verbal** (oral o escrita).

Antes de nada, es importante saber que estas dos formas de expresión están en gran medida “codificadas” en función de la cultura y de la sociedad. Las palabras, las fotografías, los objetos, los lugares, o incluso los gestos son signos (ya que nos proporcionan información) que extraen el sentido de todos los aspectos de la cultura y de la vida social: **en los mensajes, la presencia de un objeto, las características de un lugar o el gesto de una persona tienen un sentido que, en ocasiones, va incluso más allá del uso del objeto.** Así, la imagen de una jeringuilla puede evocar un significado terapéutico (una vacuna, por ejemplo), o significar un riesgo (inyección de heroína). De la misma manera, la imagen de un policía en un cartel de sensibilización contra la violencia de género puede evocar protección (la noción de seguridad y justicia) o entenderse como una forma de agresión (violencia policial, corrupción, etc.). Por tanto, para la creación de estos recursos, es imprescindible **conocer detalladamente el significado y los códigos que da una cultura a determinadas imágenes.**

Definición

La **semiología** (ciencia de los signos o del significado) puede definirse como el estudio de las formas de comunicación (en sentido amplio) que analiza todos los tipos de signos que se dan dentro de una cultura: imágenes, gestos,

18. B. Taverne, *Valeurs morales et messages de prévention: la fidélité contre le sida au Burkina Faso.*

sonidos, miradas, objetos, etc. Está vinculada con la semiótica porque ambas se centran en el “conocimiento de los signos”. La semiología intenta entender los signos y las leyes que los rigen (convenciones, códigos, etc.). Sus objetos de estudio pueden ser: el código de circulación, el código morse, la lengua de signos, las reglas de cortesía, la forma de conversar, etc. Dentro de los recursos de sensibilización, la semiología estudia las formas de comunicación de una cultura, es decir, **los medios utilizados (y reconocidos por la población) para transmitir información dentro de una determinada cultura.**

El lenguaje verbal (oral o escrito) puede dividirse en unidades (frases, palabras o sílabas) y se elabora a partir de códigos (gramática, ortografía, construcciones sintagmáticas, etc.). Dependiendo de la sociedad, las frases no se construyen de la misma manera y las palabras que se utilizan para decir algo no son las mismas (más allá del problema del idioma o de la traducción, evidentemente). Por lo tanto, hay que conocer las formas de comunicación verbal de una población. **¿Qué idioma utilizar?, ¿qué dialecto elegir en los contextos de pluralidad étnica?, ¿qué registro y qué vocabulario técnico podemos emplear?**, ¿es una buena estrategia hablar de la violencia como “un problema de salud público” (como se leía en un cartel de la OMS) cuando nos dirigimos a mujeres que son víctimas de la violencia?, **¿de qué forma dirigirnos a la población?** Así, en algunas culturas, para decir que “todo va bien” la palabra o la expresión utilizadas se asocia con un gesto o un ruido. Para decir “estar sano”, encontraremos distintas expresiones según la zona en la que nos encontremos: “estar en paz”, “estar en equilibrio”, etc. Así, los mensajes

que utilicen estas expresiones y gestos serán más fáciles de interiorizar por la población, ya que se acercan más a su realidad idiomática. El lenguaje verbal en su forma escrita es una forma de expresión muy codificada que resulta distante, pero es también una fuente de discriminación, ya que agrava considerablemente la diferencia entre analfabetos y no analfabetos.

Nota: el análisis semiológico de los mensajes (R. Barthes, 1985) distingue entre mensajes verbales y no verbales. En resumen, hay que tener en cuenta lo que se dice (la denotación) y lo que se cuenta simultáneamente de forma implícita (las connotaciones que encontramos en el sentido de las palabras, en los gestos, etc.). Una misma palabra no significa lo mismo en todos los países. Así, la palabra “hospital” denota un establecimiento sanitario pero, según las situaciones, puede tener distintas connotaciones: cura, alivio, dolor, espera, enfermedad, etc. Por tanto, es importante conocer la forma de pensar del “otro” para poder comunicarnos con él.

RECUERDE

EL USO DEL LENGUAJE ESCRITO

→ Las palabras que utilizamos para hablar de un determinado tema están codificadas en función de la cultura. Una misma palabra puede tener varios significados.

→ El emisor del mensaje escrito debe conocer al grupo destinatario: ¿saben leer?, ¿qué idioma hablan?, ¿qué nivel de educación y qué dominio del idioma tienen?, ¿de qué forma debemos dirigirnos a la población?

→ Atención a las gamas de color (fondo de la imagen, color de la policía, etc.) que acompañan el texto, ya que algunos colores determinarán la forma de entender el texto (connotaciones).

→ Atención: el lenguaje escrito no deja de ser una fuente de discriminación.

Al igual que el lenguaje verbal, la imagen también está muy codificada. Las sociedades no utilizan el mismo tipo de imágenes para reflejar una idea y la forma de ilustrar la enfermedad puede variar según la sociedad en la que nos encontremos. Según las zonas, **se tenderá a ilustrar la atención** sanitaria con el médico en persona, con el hospital o incluso con los medicamentos. Al interpretar una imagen, ya sea de una persona, de objetos o de lugares, lo hacemos a partir de nuestro imaginario, que se basa en nuestra experiencia y según unos determinados códigos culturales. En una fotografía o un dibujo, el estereotipo se creará en función de la representación de la situación y de las posturas: las imágenes-cliché. El discurso se suele asociar con un comportamiento o con una forma de posar (un niño acurrucado, una mujer tapándose la cara, hombres que señalan con el dedo, etc.). Un cartel creado en Francia en el que aparecía un hombre al teléfono de espaldas a los destinatarios y en el que se leía “tu es nul si tu la frappe” (si le pegas, no eres nadie) suscitó una gran incompreensión en Haití. Los destinatarios mostraron su rechazo al cartel, debido a que la forma de dirigirse al público era errónea (el hombre no miraba a los destinatarios) y a que las palabras elegidas implicaban un juicio.

Para algunos investigadores de la comunicación¹⁹, la imagen posee un mayor poder evocativo, ya que es más ambigua. Hablamos entonces de polisemia de la imagen. La imagen, según los teóricos de la comunicación, es más analógica que el texto. Detrás de la noción de analogía, podemos distinguir las imágenes de tipo fotográfico y los dibujos: hombre con bata blanca = personal sanitario. Para los investigadores, este modo de expresión facilita más la participación de la persona que el texto, ya que invita a la imaginación y al sueño. Para otros, no hay que distinguirlos tan claramente, ya que la complementariedad del soporte escrito y visual es la que permite una mayor variedad en la forma de transmisión y de recepción del mensaje (alternancia de la imagen y del texto, desaparición del texto en beneficio de la imagen, etc.).

EL FENÓMENO DE LA CENTRACIÓN Y DE LA DESCENTRACIÓN

No pretendemos aquí sumergirnos en una explicación de los complejos fenómenos cognitivos, aunque sea difícil simplificarlos debido a esta complejidad. Sin embargo, es importante dedicar unas líneas a estos fenómenos, ya que se dan en todos los recursos de sensibilización. Las teorías de la comunicación, y en especial de la comunicación audiovisual, hablan del fenómeno de la centración, proceso que se da en toda maduración cognitiva intelectual cuando una persona recibe un mensaje, y que se asocia con la descentración. En resumen, la maduración cognitiva de un individuo (la forma en la que evoluciona intelectualmente), incluye varias fases, que van desde un estado fusionista en el que impera una percepción focalizada (centración), hasta un estado más complejo del percepción de sí mismo y del mundo que le rodea (descentración). Dicho de otra forma, en el estado de centración, el individuo se centra o se fusiona con lo que le rodea (un niño de tres años sabe que tiene un hermano pero no concibe que su hermano tenga un hermano). **En el estado de descentración, el niño tendría en cuenta otros puntos de referencia.** La maduración permite al individuo descentrarse y ser capaz de distinguir el “yo”, el “otro” y el “mundo”. Entendemos por descentración el hecho de que el individuo deje de ser su único centro de referencia y tome consciencia de la complejidad que le rodea. Se produce la descentración cuando un individuo consigue (más allá de las divergencias y de las diferencias) ser consciente de la postura de los demás, entender su punto de vista, su experiencia y su forma de pensar. **La descentración permite el surgimiento del intercambio de ideas y favorece la formación del razonamiento lógico.**

19. Thomas F., « Un corpus d'affiches d'éducation à la santé sous la loupe d'une analyse sémio-pragmatique : Dispositif de prévention, dispositif de persuasion ? », 2004.

Las imágenes que suelen utilizarse para la sensibilización funcionan en la mayoría de los casos con el fenómeno de la centración. Así, presentamos una realidad a un individuo teniendo en cuenta su capacidad para integrar la imagen, para centrarse en lo que le presentamos: la imagen de una mujer que va a vacunarse, una persona durmiendo bajo una mosquitera, una persona lavándose las manos, etc. Esto implica que la persona pueda reconocerse en la imagen, teniendo en cuenta, por ejemplo, que la forma de vestir también indica el lugar que la persona ocupa en la sociedad. Así, es importante conocer los códigos de vestimenta de la clase social a la que queremos dirigirnos (bata de trabajo, traje y corbata, traje de chaqueta, túnica, etc.). Si se dominan los códigos, una imagen que representa una única realidad funciona esencialmente gracias a la fusión, tal y como lo demuestran las teorías del comportamiento “espectatorial”, y se convierte en un factor de centración. Estas teorías se aplican también, en menor medida, a las películas. Dicho de otra forma, estas teorías mantienen que existe una tendencia a perderse en la imagen, al contrario de lo que ocurre con el texto. Según estas mismas teorías, los destinatarios tienen la impresión de que el texto describe el mundo mientras que la imagen es el mundo. Sin embargo, se han hecho varias críticas a estas teorías, ya que se considera que este razonamiento refleja poco la complejidad de las cuestiones que se plantean las personas.

Mucho más interesante es el hecho de que algunos carteles jueguen con la **capacidad de descentración** de las personas. Así, por ejemplo, cuando un relato no está centrado en el punto de vista de un único personaje (ausencia de héroe), sino que presenta una red de personajes distintos, el receptor puede no centrarse en un personaje sino pasar por los distintos comportamientos presentados. **De esta forma, al no ofrecer al destinatario un universo perfectamente determinado, le permitimos que añada elementos personales.** Se trata de una forma

de descentración espectacular. Por tanto, lo interesante de la descentración es el hecho de no imponer una forma de actuar o una opinión al destinatario, sino hacer que éste evolucione hacia un enfoque menos rígido. De esta forma, el individuo puede ponerse en la situación de los demás, entender otros puntos de vista y otras experiencias personales, etc. La descentración permite el surgimiento del intercambio y de la cooperación. El objetivo de la descentración es alcanzar la capacidad de reconocer las diferencias y transformarlas en puntos en común con los demás, para poder así hacer posible la necesaria articulación de las diferencias. Sin embargo, este proceso aparece con menos frecuencia en los soportes de sensibilización, ya que sitúa puntos de vista que pueden ir en contra de la prevención al mismo nivel que los puntos de vista que pretenden sensibilizarnos con la prevención, sin considerar los primeros menos válidos que los segundos. **Por tanto, es muy importante ofrecer este tipo de comunicación compleja a los destinatarios, ya que les hace pasar de ser individuos pasivos a individuos activos, realizando un trabajo cognitivo para resolver la tensión que existe entre las distintas propuestas. Para ello, tendrá que introducir en su realidad las cuestiones que planteaban los mensajes.**

RECUERDE LA UTILIZACIÓN DE LA IMAGEN

- Las imágenes son más analógicas que las palabras, es decir, tienen mayor poder evocativo.
- La elección de las imágenes que utilizamos para ilustrar un determinado tema debe hacerse en función de la cultura, por lo que es necesario conocer bien a la población a la que nos dirigimos.
- Es importante saber si estas imágenes ya las utiliza y, por tanto, las reconoce la población.
- Es necesario conocer en detalle el sentido que tiene una imagen para una población.
- La imagen sola no basta: para transmitir la información hay que alternar imagen y texto.

2 / METÁFORAS Y METONIMIAS

La metáfora se utiliza mucho para presentar comportamientos, situaciones o consecuencias. Una vez más, el conocimiento de la cultura es indispensable, ya que si la metáfora se basa en la analogía, ésta no se percibirá de la misma manera en todas las culturas. Así, no siempre se nos entenderá si utilizamos la metáfora del escudo para hablar de la vacuna o la del alcohólico que tiene bolas de hierro atadas con cadenas a los pies. Por último, hemos podido observar que la metáfora funciona de forma dicotómica (bueno/malo, entero/roto, sonrisa/llanto, etc.).

La metonimia, que consiste en designar algo con el nombre de otra cosa con la que guarda relación, también aparece en numerosos recursos de sensibilización. Un objeto, como el preservativo, representa la relación sexual, la prevención, el “buen” comportamiento amoroso, etc. Los colores también desempeñan un importante papel (el rojo y negro, por ejemplo, se relacionan con la enfermedad y con la muerte). Así, con la metonimia, sugerimos.

Hay que tener en cuenta que, tanto si utilizamos la metáfora como si recurrimos a la metonimia, es imprescindible conocer el significado de los códigos. Así, si bien el blanco es el color de las bodas en Francia, también es el color del luto en China. Los mensajes que utilizan metáforas o metonimias recurriendo a códigos occidentales serán difíciles de entender por una población no occidental. Sin embargo, estos recursos son interesantes, ya que **permiten (si se utilizan bien) exponer de forma clara una situación:** los resultados o las consecuencias de una acción (una calabaza agujereada para ilustrar la deshidratación). Para poder crearlas teniendo en cuenta las creencias, códigos y símbolos culturales (es decir, recurriendo al imaginario local), lo ideal es que la

población participe en su elaboración y, cuando no sea posible, puede resultar muy útil realizar una encuesta cualitativa (entrevistas o grupos focales) para elaborar el material.

RECUERDE METÁFORA Y METONIMIA

- Son útiles para visualizar ideas que son difíciles de ilustrar: violencia psicológica, deshidratación, etc.
- Dependen de los códigos culturales.
- Hay que conocer bien los códigos culturales para que el mensaje no resulte ambiguo ni incomprensible.

3 / EL RELATO Y EL DISCURSO

Dentro de estas dos formas de expresión (verbal e icónica), podemos distinguir en lingüística (Benveniste, 1966) dos formas diferentes: el relato y el discurso. Así, encontramos estas dos formas de expresión en numerosos soportes (carteles, teatro, recursos audiovisuales, etc.). En el **relato**, donde “los acontecimientos parecen que se cuentan por sí solos”, se requieren las competencias identificadoras, miméticas o incluso proyectivas de los destinatarios. Este proceso, que permite mostrar un modelo a seguir que sirva de ejemplo de “buen” comportamiento, se da a menudo en los soportes publicitarios o incluso en las películas de ficción. En el relato, no se busca el contacto con el destinatario (no se mira a los ojos en la imagen y no se dirigen directamente al destinatario con pronombres personales...). En el relato se suele utilizar la centración, ya que presenta un punto de vista que se expone y se juzga (imagen de un niño lavándose las manos acompañada por un texto: “es genial tener las manos limpias”) o negativamente (imagen de una familia vestida con harapos acompañada por un texto como:

“esta familia no recurrió a la planificación familiar”) o incluso en forma de constatación (“sin condón, todo es frustración”). Hay una orientación de sentido en las normas predefinidas por los creadores de imágenes. La centración se suele realizar en una persona (el héroe, el protagonista), aplicando los procesos miméticos. También puede hacerse en un personaje que representa la ideología del grupo, sobre un movimiento. Se habla entonces de sociocentrismo. El dispositivo de descentración, que presenta puntos de vista variados y opuestos, es menos frecuente en este registro. Tal y como hemos evocado anteriormente, existe el riesgo, al presentar juntos distintos puntos de vista (algunos de los cuales van contra la prevención), de que los beneficiarios no adopten los comportamientos esperados.

El discurso se dirige directamente al interlocutor, al contrario del relato, que no dirige el mensaje a nadie explícitamente. Esto puede entenderse por la voluntad de transmitir el mensaje de los autores. Así, los carteles se dirigen a los beneficiarios: “consulte a su médico”, “Rosa, ¡vacuna a tus hijos!”, “Fatou, si quieres hijos sanos e inteligentes, prepara cada día su comida con sal yodada”. Una imagen de diálogo se sitúa entre el emisor y el destinatario (un “yo” parece dirigirse a un “tú”). Rara vez son las instituciones las que pronuncian el discurso en primera persona. Al contrario, suelen presentar un discurso entre unos personajes ficticios y el destinatario: “Me llamo Florence, no fumo y se nota” o “Hagan como yo, no se expongan al sol entre las 11:00 y las 15:00”. En estos casos, el personaje invita al destinatario a seguir su ejemplo. Sin embargo, esto plantea un problema: ¿por qué seguir un ejemplo si las razones que nos dan no están justificadas?, ¿quién es ese personaje para decirnos eso? Responderemos a estas preguntas más adelante. En el registro en que nos dirigimos

directamente al interlocutor, la imagen también puede funcionar sola. Identificamos estas distintas formas gracias a algunos elementos como la presentación de una persona que parece mirarnos. Vemos en ella la voluntad de los emisores de que sigamos su ejemplo o sus consejos. Algunos discursos intentan utilizar el registro de la descentración. Así, un cartel que presenta una radiografía de pulmones en el que se lee «Esto son unos pulmones, ¿cómo son los tuyos?», invita al destinatario a dar una respuesta real (si se ha hecho una radiografía y lo sabe) o a preguntarse qué tiene que hacer para saberlo, pero no invita a la persona a preguntarse para qué sirve saberlo. No hay centración debido a la elección implícita que se deja al destinatario.

También es posible que se dé **una estructura mixta**, es decir, que mezcla relato y discurso. Un enunciado verbal en forma de discurso se puede asociar con un enunciado icónico en forma de relato o viceversa (imagen de un médico que se dirige directamente al espectador acompañada del siguiente texto: «el yodo ayuda al desarrollo físico del niño y al de su cerebro»). Como vemos, la frontera que existe entre ambos registros es muy frágil. El análisis de esta estructura mixta nos lleva a hacernos la siguiente pregunta: **¿quién le dice qué a quién?**

RECUERDE

RELATO Y DISCURSO

→ El relato permite que nos identifiquemos con una historia y presenta un modelo a seguir.

→ El discurso se dirige directamente al interlocutor para darle un consejo o un ejemplo a seguir.

→ En ambos casos, es necesario conocer los códigos culturales para elegir al emisor: ¿qué persona es la más adecuada para transmitir ese discurso y presentar ese relato?

4 / PAPEL Y LUGAR DEL EMISOR

El convencionalismo de los discursos exige la presencia de ciertos códigos. Las condiciones de percepción se derivan de una serie de operaciones codificadas: **¿cómo se dirige una persona a otra en una determinada cultura?, ¿cuáles son las formas más correctas de dirigirse a una persona directamente?** Asimismo, en el caso del relato, **¿existen unos códigos particulares para introducir un acontecimiento, un proceso o un comportamiento?**, ¿puede una mujer representar a un personaje central, a una heroína que da un consejo?, ¿es apropiado situar a un niño como protagonista para denunciar la violencia de género en las sociedades en las que el niño no tiene derecho a hablar?

Atención: en el caso del discurso invitamos a seguir el ejemplo o el consejo de una persona representada en un cartel pero sin precisar quién es ni por qué hay que seguir su ejemplo. **Sin embargo, la legitimidad del emisor es tan importante o más que el mensaje en sí.** El saber científico tropieza con la sabiduría popular pragmática basada en la experiencia del emisor.

Durante la creación de herramientas o durante la selección de personal para la comunicación interpersonal es fundamental preguntarse cuál es el papel, el lugar y el estatus que se da a los emisores. **¿En nombre de quién hablan?** En los mensajes, podemos escuchar la voz de la ciencia, la de la sensatez, la del sentido común o, incluso, la de la infancia. Así, podemos encontrar soportes creados en el ámbito escolar en el marco de un programa de educación sanitaria en el colegio. Además de formar a un futuro adulto autónomo y responsable frente a los problemas de salud, se trata de transmitir información a los adultos por medio de los niños: “lo hemos

visto en clase, Mamá, ¡no te arriesgues!”. Sin embargo, en muchas sociedades, sobre todo africanas, el niño no está en medida de informar a los adultos (por razones sociales, de autoridad, etc.).

No se puede descuidar este punto, ya que papel y el lugar los asignará la población a los emisores. La recepción de un mismo mensaje puede cambiar en función de quién sea el emisor: **algunas personas tienen más credibilidad que otras** (ya sea por su experiencia, por lo que representan, por su historia, por su carisma, etc.). Una vez más, el papel y la credibilidad que se atribuya a los emisores dependerán de la cultura de los destinatarios. Así, en las sociedades en las que se valora la experiencia, ¿qué credibilidad tendría un mensaje de una campaña de vacunación presentado por una estrella del fútbol? **Para cada situación y cada tema, hay que tener perfectamente claro quién se considera que es la persona más adecuada para hablar. El papel y el lugar que se atribuye a cada uno es fundamental en la comunicación socioeducativa, ya que contribuye a legitimar y dar credibilidad al mensaje y a la institución que lo transmite.** Además, en el caso de la comunicación interpersonal, contribuyen a crear una relación social gracias a la cual los destinatarios pueden pasar de pasivos a activos en función de la confianza que se atribuya al emisor.

Una buena elección del emisor permitirá también, en situaciones de comunicación interpersonal, adaptar el mensaje, construyendo el discurso y las prácticas a partir de su experiencia. Gracias a esta adaptación, tanto para los emisores como para la población destinataria, se da sentido al mensaje, que a veces transmite conductas que se alejan del ambiente cultural local y de la forma de ser y de actuar normal. El modelo médico necesita adaptaciones para traducirse en prácticas, sobre todo si este modelo de atención sanitaria se ha creado lejos

del contexto local en el que se aplicará. La proximidad cultural, social, de género, de edad, etc., que existe entre el emisor y los beneficiarios permite adaptar los mensajes a la realidad de los destinatarios.

En el caso de la comunicación directa con los individuos, el conocimiento de la biografía de los profesionales o voluntarios es elemental para entender cómo se transmitirá el mensaje, cómo se adaptará y cómo van a realizarse las sesiones, dado que las sesiones las realizará un individuo.

La actitud de los individuos puede cambiar en función de la presencia real o subjetiva de los demás. Se trata del proceso de influencia social, que se une a las nociones de educación, imitación, conformismo, obligación, condicionamiento, obediencia, liderazgo, persuasión, etc.

La influencia social se da sobre todo en las sociedades que obligan al individuo a actuar según las normas sociales: se habla entonces de influencia normativa para expresar la actitud que consiste en conformarse con lo que otros esperan que hagamos, por miedo a ser “castigados” socialmente (ser víctima de enfados, rechazado o marginado). Se trata del sentido de la sumisión a la presión de grupo, que hace que el individuo controle su comportamiento externo (por ejemplo, a veces se acusa a las mujeres que acuden a sesiones de sensibilización de querer vivir a la europea).

Si la influencia es predominante, hay que identificar a las personas influyentes:

→ Personas a las que se considera como una fuente de conocimiento (las personas mayores, las mujeres que han tenido muchos hijos, los terapeutas, las matronas, etc.).

→ Las personas a las que ve como una fuente de inteligencia (profesores, médicos, etc.).

→ Personas que se benefician de un estatus importante y prestigioso (jefes, líderes de opinión, suegras, porteras, etc.).

→ ...

RECUERDE

LEGITIMIDAD DEL EMISOR: QUIÉN DICE QUÉ, POR QUÉ Y CON QUÉ DERECHO

→ El papel y la credibilidad que se atribuya a los emisores dependerán de la cultura de los destinatarios.

→ Existen procesos de influencia social (persuasión, educación, imitación, conformismo, obligación, etc.).

→ Hay que preguntarse:

→ ¿Quién es la persona más indicada para hablar de eso y dar consejos?, ¿cuál es el lugar y el papel que deben desempeñar los emisores?

→ ¿Quiénes son las personas influyentes, percibidas como fuentes de conocimiento, de experiencia o de sabiduría?

→ ¿Qué proximidad cultural y social, de género, de edad, etc. es necesaria para adaptar el mensaje a la realidad de las poblaciones destinatarias?

5 / LA POSICIÓN COGNITIVA DE LOS DESTINATARIOS

Algunos de los recursos audiovisuales que se utilizan para la sensibilización son los siguientes: recursos audiovisuales específicos, programas de divulgación científica, anuncios televisivos, fragmentos de películas o incluso programas de radio. Se pueden utilizar de dos formas distintas: de forma autónoma, difundidos por medio de la televisión o de la radio, o como recursos del centro, para que el personal sanitario o los intermediarios trate temas de educación para la salud aproveche su naturaleza informativa. Así, se habla de la educación a través de los medios de comunicación.

Se considera que los medios de comunicación poseen un gran poder informativo que puede influir en casos concretos, favorecer la imitación

(en especial, sobre las técnicas), manipular, etc. Los recursos se constituyen a partir de un esquema que mezcla dos modalidades de expresión: **la expresión narrativa y la expresión argumentativa.**

La expresión narrativa es similar a la de los relatos (cuentos, películas, entretenimiento), que se dirigen a un espectador. La expresión narrativa utiliza el proceso de centración, ya que esperamos que el destinatario se sienta identificado con lo que se le ha contado. Para que la expresión narrativa sea eficaz es esencial conocer las **formas de narración con las que están familiarizadas las poblaciones destinatarias desde su infancia y utilizar los recursos de comunicación propios de su cultura.** ¿Sería pertinente utilizar este tipo de comunicación en una sociedad en la que el teatro ha aparecido recientemente? **Es importante evitar representar historias demasiado complejas o utilizar conceptos extranjeros o idiomas que no se dominen bien, ya que todo esto puede conducir a problemas de comprensión.**

Hay que tener en mente la cuestión de las creencias, tanto durante la concepción de la herramienta mediática como a la hora de pensar en sus efectos. **Si el mensaje pretende influir en las creencias de los destinatarios, tendrá que inspirarse en estereotipos culturales, religiosos u otros.**

La expresión argumentativa por su parte, se parece al modelo escolar. En la comunicación educativa, al igual que en la educación sanitaria, se hace referencia constantemente al mundo escolar. Este modelo se elabora utilizando la argumentación como razonamiento: **el argumento es la prueba.** Este modelo clásico, basado en la evidencia, **requiere un cierto conocimiento del razonamiento lógico, propio del aprendizaje escolar.** Se basa en la voz del emisor como verdad, al igual que el maestro en la escuela, lo que provoca que numerosos documentos resulten autoritarios.

La exposición de tipo argumentativo tiene puntos en común con el discurso científico. Tiende a imitar el discurso de la ciencia y a conservar algunas de sus características (utilización de expresiones como: “medicamentos = fuera del alcance de los niños”).

Sin embargo, la televisión y la enseñanza no siempre son compatibles, por motivos institucionales pero también debido a un problema de posición cognitiva inapropiada. **Existen diversos factores que se influirán respectivamente: las expectativas de los espectadores (distraerse, aprender, pasar el rato...), las propuestas que hace el emisor (el programa de televisión, los anuncios, etc.) y las condiciones en las que se encuentran (motivación, condiciones en las que se ve el programa, etc.).**

En función de estas expectativas, el espectador adoptará una posición cognitiva específica (una forma de verlo). Esta posición determinará la eficacia de un documento con intención educativa. Efectivamente, varios estudios han demostrado que se pueden dar situaciones interesantes de aprendizaje con la televisión, ya que los niños no adoptaban un modelo escolar (no esforzándose por memorizar la información, por ejemplo) al tratarse de un soporte audiovisual (F.Thomas). Si, al ver un documento televisivo en clase, el alumno relaciona la televisión con un tipo de ocio que no se corresponde con las expectativas que tiene en ese momento, será más receptivo al contenido que si lo ve como algo académico, ya que él mismo verá el documento con más distancia y no asimilará igual el mensaje.

Esto significa también que **la forma de anunciarlo puede influir arbitrariamente en las expectativas del espectador.** No adoptamos la misma posición cognitiva si sabemos que vamos a ver una película de ficción, un programa de divulgación científica o un telediario. Por tanto, el espectador corre

el riesgo de adoptar una posición cognitiva inapropiada. Además, es posible que el destinatario no quiera modificar su postura ni sus expectativas frente a la forma de soporte que se haya anunciado y puede quedar insatisfecho. Puede que no se reconozca entre el público destinatario o que el género propuesto no le motive. Así, una televisión en una sala de espera en la que se emitan anuncios de prevención no tiene por qué ser eficaz, ya que los destinatarios suelen tener expectativas de distracción durante la espera y no de información. **El contexto de difusión en esta forma de comunicación es un factor importante.** No se adopta el mismo comportamiento al ver un programa en un aula de clase que si se ve en una sala de cine o en el salón de casa. Existen unas condiciones específicas de visionado que pueden modificar la postura cognitiva de los destinatarios.

El espectador, insatisfecho, puede **mostrarse reticente al recurso de forma más o menos consciente.** Se puede mostrar reticente al contenido (en función del nivel inicial de conocimiento) o con la forma (según su grado de sensibilización con los medios de comunicación). Por lo tanto, el documento se presenta con una **estructura semiológica particular** y, frente a ella, el destinatario negocia y ajusta su postura.

RECUERDE

EDUCACIÓN A TRAVÉS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y POSTURA COGNITIVA

- Utilizar formas de comunicación adaptadas a la cultura de los espectadores.
- Conocer las formas de narración de los destinatarios.
- Utilizar estereotipos culturales.
- Tener en cuenta la influencia que pueden tener las condiciones específicas de visionado (aula de clase, sala de estar de casa, sala de cine, etc.) en la postura cognitiva de los espectadores (sus expectativas: aprender, distraerse, pasar el rato, etc.).

6 / LA DISONANCIA COGNITIVA

(Festinger, 1957)

Las poblaciones destinatarias no son “receptoras” pasivas de la información sino que se apropiarán y reconstruirán el sentido de la información en función de sus problemas, su contexto y sus estrategias.

A partir de un soporte, la población realizará múltiples negociaciones. En concreto, frente a un mensaje que provoca malestar o susto (violencia de género, prevención vial, prevención sobre los riesgos del tabaco, etc.), el individuo puede aplicar estrategias como la ceguera, la negación o la incompreensión para reducir la tensión que le provoca.

Una teoría americana, la de la disonancia cognitiva, desarrollada por un psicólogo social (Festinger) en 1957, mantiene que **el individuo necesita coherencia racional.** La disonancia cognitiva es la selección de la información según la actitud y la conducta previa al mensaje. Según esta teoría, una persona, frente a una nueva información incompatible con su conocimiento previo, experimenta un estado de tensión desagradable (llamado estado de disonancia cognitiva). La disonancia puede también producirse cuando se cuestionan las convicciones y los comportamientos de la persona. Esto provoca un cierto malestar psicológico que la persona intenta reducir. A partir de ese momento, esta persona utilizará estrategias para restaurar su equilibrio cognitivo, por ejemplo, no viendo u olvidando (de forma inconsciente) lo que no es compatible con su conocimiento previo (proceso llamado racionalización).

Así, un hombre violento puede que no se reconozca en el anuncio de prevención de la violencia machista utilizando como excusa la etnia del personaje: “para ellos, la violencia es algo cultural. Mi caso no es igual, lo nuestro no es violencia”.

Por ello, **es más difícil para una persona rectificar ideas que tenía previamente, que aprender ideas nuevas para las que aún no tiene un modelo.** Sabemos también que cuando más le ha costado a una persona asimilar una idea, menos dispuesta está a renunciar a ella.

En la aplicación de esta teoría a la comunicación, **un mensaje que pretenda modificar el comportamiento de las personas, solo puede considerarse eficaz y ser aceptado cuando desaparece cualquier tipo de disonancia cognitiva para el destinatario.**

Cuando se da una contradicción entre el mensaje y las convicciones o creencias de las personas, se corre el riesgo de que se rechace la información. Para reducir esta disonancia, el destinatario puede evitar el mensaje, interpretarlo para disminuir el alcance del mensaje, o incluso llegar a cuestionar su credibilidad. Para conseguir que se acepte el mensaje, tienen que intervenir médicos, expertos, etc. para dar su opinión, de forma que el mensaje tenga la máxima credibilidad posible.

RECUERDE

DISONANCIA COGNITIVA

- La población destinataria reconstruye el sentido de la información en función de sus problemas, de sus necesidades y de sus expectativas.
- Los individuos necesitan coherencia racional.
- Es más difícil rectificar ideas ya adquiridas que aprender ideas nuevas.
- Un mensaje que contradiga la sabiduría popular puede ser rechazado.
- Hay que dar credibilidad al mensaje gracias a la intervención de personas que se ven como una fuente de sabiduría.

5 C

CONCLUSIÓN

Si queremos poner en marcha medidas de sensibilización eficaces para la población destinataria, tenemos que desarrollar herramientas de comunicación apropiadas culturalmente y especialmente concebidas para transmitir mensajes de salud de forma adecuada. Para ello, hay que intentar sumergirse en la cultura del "otro", ser capaz de preguntarse cuáles son las **creencias en materia de salud, los valores y los conceptos básicos de la cultura de un pueblo, para poder crear herramientas que transmitan unos conocimientos médicos útiles para la población**. Pero no basta con esto, ya que también es necesario entender desde dentro lo que está explícito o implícito en estos recursos. Lo que se dice y lo que no se dice, lo que se muestra y lo que se esconde, los contextos ilustrados, la relación existente entre texto e imagen, los contenidos transmitidos (una presentación a menudo muy normativa), el análisis de la presentación: idioma utilizado, forma que se da a los contenidos, relaciones que se establecen (medio relacional); ambiente de confianza, de cooperación, de sumisión, etc. Así, el lugar que ocupa el emisor y el papel que desempeña y, por otro lado, la relación que tiene con los destinatarios, condicionan la recepción de los recursos.

La elaboración de herramientas de sensibilización es una tarea delicada: el objetivo de la comunicación para la salud no debe limitarse a la transmisión de simples mensajes a un público determinado, sino que debe traducir un problema en comportamientos, por medio de un texto y/o imágenes, de forma que sea válido para un público amplio. Sin embargo, estos recursos no siempre

pueden presentar en detalle la complejidad de situaciones o de trayectorias individuales y/o familiares. De hecho, es difícil traducir algunas enfermedades como, por ejemplo, la malnutrición. No podemos estar seguros de que los contenidos de un recurso conduzcan a una acción de prevención adecuada. La principal dificultad la encontramos a la hora de representar a la población destinataria sin estigmatizar ni provocar rechazo o desacuerdo, ya que ésta puede sentirse ofendida. Además, en ocasiones no se tiene en cuenta la diversidad social, étnica, lingüística y cultural. ¿Podemos observar actualmente una evolución de los mensajes, que tengan más cuenta los intereses, las expectativas y las necesidades de las distintas poblaciones beneficiarias?, ¿empiezan a clasificarse los mensajes de forma adaptada en función de los distintos grupos? **Para evitar dar respuestas fijas, que solo reflejen las preocupaciones de los emisores, hay que utilizar la voz de los destinatarios, con sus dudas, sus preocupaciones y sus preguntas para transmitir el mensaje.**

RECOMENDACIONES

- buscar proximidad cultural, tanto de forma verbal como icónica (vocabulario, imágenes, códigos, etc.); representar la realidad de los destinatarios;
- reflejar la complejidad del tema: interesarse por las preocupaciones, las dudas y las preguntas de los destinatarios;
- no amenazar sin aportar soluciones ni dar explicaciones: hay que informar de las consecuencias (presupuesto sanitario, mortalidad, cárcel, etc.) pero aportando siempre alternativas.

5 D

ANEXO



1 / ANÁLISIS DE UN CARTEL

Cartel de Médicos del Mundo: "Sans capote, tout capote" (juego de palabras francés que significa: "sin condón, todo fracasa").

La estructura de este recurso mezcla el lenguaje icónico y el lenguaje verbal y utiliza el registro del relato: icónico, por el dibujo de

una joven, verbal por el texto que aparece a la derecha y relato porque la frase se presenta en forma de constatación (registro informativo) sin dirigirse directamente al destinatario. El análisis del aspecto verbal muestra que el mensaje busca la concienciación individual. La construcción icónica es bastante sencilla, ya que solo aparecen la imagen de una joven moderna (sin túnica ni pañuelos) y los logotipos de las instituciones. Sin embargo, sí que hay un código

de colores, propio de la ONG Médicos del Mundo (blanco y azul). El logotipo de la ONG informa al destinatario del origen del mensaje, siempre que éste lo reconozca. El análisis semiológico del cartel pone de manifiesto diversas preguntas:

- Sobre la interpretación del gesto de la joven (¿presenta el objeto?, ¿lo da?, ¿lo ofrece?).
- Sobre el objeto que lleva en la mano (para una persona analfabeta, la imagen no está clara si no se lee el texto).
- Sobre la elección del personaje (mujer, joven, “moderna”).
- Sobre los colores escogidos (azul y blanco) para hablar de sexualidad (además de el hecho de que el mensaje se asocia con una ONG occidental).
- Sobre la expresión verbal y el juego de palabras con el término capote (condón): ¿se suele utilizar esta palabra en su idioma?, ¿es frecuente la expresión coloquial capoter (fracasar)?, etc.).

Se trata del registro de la centración, ya que intentamos presentar un comportamiento que debe servir de modelo (el único presente en el cartel) sin ofrecer ninguna otra posibilidad: este cartel informativo, que se acerca al tono exhortativo, pone al destinatario en una situación en la que el sentido crítico se reduce a la simple expresión. **En este cartel se pretendió voluntariamente provocar que el destinatario se reconociera en el personaje y que imitara su comportamiento.**

También desde el punto de vista verbal, no se pide al individuo que entienda las razones por las cuales “sans capote, tout capote”. La seguridad con la que se presenta el mensaje conduce al individuo a una afirmación en la que su punto de vista es secundario. Sin embargo, sabemos hasta que punto se trata de un tema difícil que puede incluso culpabilizar a algunos destinatarios. **Atención:** la salud no puede justificar el uso de recursos que puedan implicar la culpabilización de algunas personas, negando la complejidad de la realidad.

Efectivamente, la construcción icónica, que da protagonismo al personaje al no haber segundo plano, no permite conocer el contexto del

mensaje: ¿a quién habla la joven?, ¿a su pareja?, ¿a una asamblea?, ¿a una amiga? Este proceso implica una cierta descontextualización de la realidad, ya que el destinatario no tiene suficiente información para contextualizarlo. El cartel presenta de forma muy sencilla una invitación a utilizar el preservativo y el aspecto dicotómico del texto da más fuerza al anuncio. La afirmación no invita a la reflexión y describe un comportamiento con el que el individuo debe conformarse. No invita a los destinatarios a reflexionar sobre su comportamiento o a situarlos en un contexto personal más general. El objetivo de este cartel **es ofrecer pruebas más que demostrar, y convencer más que iniciar.** Por otro lado, en un contexto en el que gran parte de la población es analfabeta (sobre todo las mujeres), la imagen por sí sola no resulta nada explícita.

Hay que preguntarse quiénes son los destinatarios del cartel: ¿estudiantes (ya que se encuentra en un campus universitario)?, ¿mujeres (el personaje es una mujer)? Es evidente que este cartel no está dirigido a una amplia variedad de destinatarios. Por otro lado, teniendo en cuenta la relación que existe entre hombres y mujeres, hay que plantearse si es realista presentar la imagen de una mujer ofreciendo un preservativo.

Atención: este cartel presenta un riesgo, ya que podría recaer en la mujer la responsabilidad de ofrecer el preservativo, de forma que si no lo hace sería responsable implícitamente de provocar una situación de riesgo.

Para terminar el análisis, vamos a comentar dos aspectos positivos de este recurso: el cartel no presenta el aspecto autoritario de algunas amenazas. Por otro lado, el eslogan resulta fácil de recordar, además de presentar el tema desde una perspectiva no exigente.

Pero, ¿es ésta una representación fiel a la realidad?, ¿responde de verdad el cartel a las preguntas, dudas y preocupaciones que justifican que no se utilice el preservativo?

2 / BIBLIOGRAFÍA

- Bury J., *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*, De Boeck Université, 1988.
- Marco de referencia: *Educación para la salud*, S2AP (2008). Disponible en la Intranet.
- Cherubini B., *L'apport de l'anthropologie à la mise en œuvre d'une politique de prévention: du vécu de la maladie à l'analyse du raisonnement préventif*, *Autrepart*, n° 29, 2004, p. 99-115.
- Jaffré Y., *Éducation pour la santé et conceptions populaires de la prévention. À propos d'un programme d'amélioration de la couverture vaccinale au Burkina Faso*, *La Revue du praticien-médecine générale*, t.5, n°154, 1991, p. 2489-2494.
- Jaffré Y., banos M.-T., Kabo M., Moussa F., *Prévention et communication dans le cadre d'un programme de santé oculaire*, *Cahiers Santé*, n° 3, 1993, p. 9-16.
- Taverne F., *Valeurs morales et messages de prévention: la fidélité contre le sida au Burkina Faso*, communication au colloque international “Sciences sociales et sida en Afrique : bilan et perspectives”, 4 - 8 novembre 1996, Saly Portudal - Sénégal, pp. 527-538.
- Thomas F., « Un corpus d'affiches d'éducation à la santé sous la loupe d'une analyse sémiopragmatique : dispositif de prévention, dispositif de persuasion ? », 2004.
- Winkin Y., *Anthropologie de la communication: de la théorie au terrain*. éditions du Seuil, collection Points, n°448, febrero 2001, 332 páginas.

3 / PARA SABER MÁS...

- Ascombe, J.C y Ducrot, O. (1983), *La argumentación en la lengua*. Madrid: Gredos, 1994
- Barth B.-M., *Le Savoir en construction*, éditions Retz, Paris, 1993, 208 p.
- Barthes, R., (1985). *La aventura semiológica*. Barcelona: Paidós, 1993; 380 p.
- Baylon C. et Fabre P., *Initiation à la linguistique*, Nathan Université, 1990, 235 p.
- Bebel-Gisler, D., *La Langue créole force jugulée*, L'Harmattan et Nouvelle Optique, 1976, 255 p.
- Benveniste, E., *Problemas de lingüística general*. México: Siglo XXI, 1978.
- Bourdieu, P. *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid: Akal/Universitaria, 1985.
- Boutaud J.-J., *Sémiotique et communication : du signe au sens*, L'Harmattan, Paris, 1998, 318 p.
- Cavet L.-J., *Linguistique et colonialisme*, Payot, Paris, 1974, 250 p.
- Cervoni J., *L'Énonciation*, PUF, coll linguistique nouvelle, 1987, 128 p.
- Ducrot O. et Alii, *Les Mots du discours*, Édition de Minuit, coll. Le sens commun, 1980, 241 p.
- Ducrot, O. *Le Dire et le Dit*, Édition de Minuit, coll. Proposition, 1984, 239 p.
- Eco U., *Le Signe*, Biblio essais, Labor, Bruxelles, 1988, 276 p.
- Garanderie (de La) A., *Construire une pédagogie du sens*, Lyon, 2002, Chronique sociale.
- Joly, M., *Introducción al análisis de la imagen*. Buenos Aires: La Marca, 1999
- Joli, M., *La interpretación de la imagen: entre memoria, estereotipo y seducción*. Barcelona: Paidós, 2002
- Kerbrat-Orecchioni C., *Les Interactions verbales*, Armand Colin, Paris, 1990.
- Mounin G., *Introduction à la sémiologie*, Paris, Éditions de Minuit, 1970, 244 p.
- Peirce, C. S., *Le Raisonnement et la logique des choses*, Le Cerf, Paris, 2002, 496 p.
- Schaff, A., *Lenguaje y conocimiento*. México: Grijalbo, 1964
- Watzlawick P., Helmick Beavin J., et Jackson Don D., *Une logique de la communication*, Paris, éditions du Seuil, coll Point, 1979, 280 p.
- Yaguello M., *Catalogue des idées reçues sur la langue*, édition du Seuil, coll. Point virgule, 1988, 157 p.



Documento elaborado por Juliette Gueguen, Guillaume Fauvel, Niklas Luhmann, Magali Bouchon,
Unidad de Apoyo, Analisis e Incidencia Política (S2AP), Médicos del Mundo, junio 2010. /

Diseño gráfico: 18Brumaire / Traducido del francés y correcciones: Elena Martínez Suárez / Fotografías de:
Marie Pierre Buttigieg (p. 1), Jacky Naegelen (p. 7-83), Stéphane Lehr (p.19), Sandra Calligaro (p. 47),
Lam Duc Hien (p. 49-85), Sophie Brändström (p. 89), Jean Baptiste Lopez (p. 108) / Impresión: Imprimeries Paton