

Jordi Juanico
David Ventura

El educador social en el servicio de salud mental

Recepción: 29/06/2017 / Aceptación: 14/10/2017

Resumen

El presente artículo nace a raíz de la reflexión sobre la praxis en la atención en salud mental con adolescentes de ambos profesionales, no sólo en su labor en servicios específicos de salud mental, sino de su trayectoria profesional en otros dispositivos. Este bagaje profesional permite hacer una propuesta sobre cómo los autores entienden que debería ser la acción educativa de los profesionales de la educación social en salud mental. Es decir, han querido “repensar” y hacer su contribución en la construcción del marco teórico de la profesión. Así pues, no han querido definir un protocolo de actuación, han dejado negro sobre blanco sus reflexiones surgidas de diferentes momentos de intercambio y diálogo.

Palabras clave

Educador social, Salud mental, Acción educativa, Hospital Sant Joan de Déu

L'educador social al servei de salut mental

El present article neix arran de la reflexió sobre la praxi en l'atenció en salut mental amb adolescents dels dos professionals, no tan sols en la seva tasca en serveis específics de salut mental, sinó de la seva trajectòria professional en altres dispositius. Aquest bagatge professional permet fer una proposta sobre com els autors entenen que hauria de ser l'acció educativa dels professionals de l'educació social en salut mental. És a dir, han volgut “repensar” i fer la seva contribució en la construcció del marc teòric de la professió. Així doncs, no han volgut definir un protocol d'actuació, han deixat negre sobre blanc les seves reflexions sorgides de diferents moments d'intercanvi i diàleg.

Paraules clau

Educador social, Salut mental, Acció educativa, Hospital Sant Joan de Déu

The Social Educator in the Mental Health Service

This article is born out of the reflections of two professionals on praxis in mental health care with adolescents, not only in their work specifically in mental health services but also in their professional trajectory in other areas. This professional background is the basis for the authors' proposal of how they consider the educational action of social education professionals working in mental health should be. In other words, they have attempted to 'rethink' and to put forward their contribution to the construction of the profession's theoretical framework. This being so, rather than seeking to define a protocol of action they have set down in black on white a series of reflections engendered by different moments of exchange and dialogue.

Keywords

Social educator, Mental health, Educational action, Hospital Sant Joan de Déu

Cómo citar este artículo:

Juanico Sabaté, Jordi; Ventura Lluch, David (2017).

El educador social en el servicio de salud mental.

Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 66, 70-85



El presente artículo nace a raíz de la reflexión sobre la praxis en la atención en salud mental con adolescentes de los dos profesionales, no sólo en su labor en servicios específicos de salud mental, sino de su trayectoria profesional en otros dispositivos. Este bagaje profesional permite hacer una propuesta sobre como los autores entienden que debería ser la acción educativa de los profesionales de la educación social en salud mental. Es decir, han querido “repensar” y hacer su contribución en la construcción del marco teórico de la profesión. Así pues, no han querido definir un protocolo de actuación, han dejado negro sobre blanco sus reflexiones surgidas de diferentes momentos de intercambio y diálogo.



Las personas con trastornos relativos a la salud mental generalmente se encuentran entre las más marginadas y vulnerables de nuestra sociedad. Los más expuestos son los niños o los jóvenes –no han construido defensas suficientes para afrontar la adversidad y no comprenden lo que sucede.

El educador social es el profesional que, entre otros, trabaja con aquellas personas que debido a su situación personal, a veces por circunstancias de su entorno o por cuestiones propias o por ambas, tienen dificultades y/o necesidad de medidas socioeducativas particulares.

Así, la presencia del educador/a social en los ámbitos de la atención a la adolescencia, del tiempo libre, etc., ha contribuido desde hace años a establecer determinadas funciones que concretan su perfil profesional y que ya todo el mundo tiene más o menos presente. Pero ahora nos encontramos con la aparición de la figura del educador social interviniendo en ámbitos nuevos, como el que nos ocupa, el de la salud mental, que aunque es relativamente se ha convertido en bastante trascendente por la aportación a una mayor interdisciplinariedad que, desde este punto de vista, se hace en beneficio de una mayor autonomía de los jóvenes, de una atención más integradora y más comunitaria.

En cuanto a esta intervención en salud mental –donde, como decíamos, la presencia es significativamente reciente–, los educadores/as han ido redefiniendo su presencia y adaptando sus capacidades a las necesidades socioeducativas de las personas enfermas. Las intervenciones más representativas que habría que mencionar serían:

- Diseño, aplicación y evaluación de programas de habilidades sociales, de crecimiento personal, educación para el ocio y el tiempo libre, de conocimiento y conservación del medio ambiente y del desarrollo sostenible.
- Promocionar la vida asociativa, el tejido social, el desarrollo comunitario, la educación multicultural y la convivencia.
- Promocionar la adquisición de conocimientos, de actitudes y destrezas de acuerdo con las necesidades emergentes de la sociedad.

- Comunicar y fomentar el recibo de información tanto interna como externamente.
- Reconocer y aceptar el pluralismo cultural como una realidad social.
- Contribuir a la instauración de una sociedad de igualdad de derechos y de equidad.
- Contribuir al establecimiento de relaciones intertónicas armoniosas.

Los educadores sociales en el servicio de salud mental de Sant Joan de Déu

Es, pues, en este punto donde iniciamos nuestro trayecto para explicar de qué manera los educadores sociales en Sant Joan de Déu hemos ido definiendo, junto con el equipo de profesionales que nos acompaña, nuestro modelo de intervención. Y en el caso que nos ocupa aquí, en el hospital o en los dispositivos comunitarios, con la pretensión de alejarlo de la enfermedad y acercarlo al ser social que todos somos.

Según el *Plan Funcional de Hospitales de Día Comunitarios, Plan Estratégico del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente. Hospital de Sant Joan de Déu* de 2014, el educador social (tanto en hospitalización parcial de salud mental como también a todos los hospitales de día comunitarios (Mollet, Granollers y Vilanova) participa en los siguientes procesos: proceso de valoración y admisión; proceso de diagnóstico y de elaboración del PTI (programa de tratamiento individual); y proceso de tratamiento (véase las tablas 1, 2 y 3).

Tabla 1. Proceso de valoración y admisión

| Proceso | Actividad | Responsable | Tiempo | Gestión |
|--------------------------------------|---------------------------|--|-------------------|----------------------|
| 3. Aceptación por paciente y familia | 3.1. Contrato terapéutico | Clínico asignado Educador/monitor referente | Previo al ingreso | Contrato terapéutico |

Tabla 2. Proceso de diagnóstico y elaboración del PTI

| Proceso | Actividad | Responsable | Tiempo | Gestión |
|----------------|-------------------------------|--|------------------------------|---|
| 1. Diagnóstico | 1.2. Entrevistas y valoración | Psiquiatra Psicólogo Trabajador social Educador Enfermera Docente | < 21 días (desde el ingreso) | Protocolo diagnóstico Historia clínica |

Tabla 3. Proceso de tratamiento

| Proceso | Actividad | Responsable | Tiempo | Gestión |
|------------------------------|--|--------------------------------------|--------|---------|
| 2. Actividades habilitadoras | 2.1. Adquisición/modificación de habilidades | Educador Social Enfermera | | |
| | 2.4 Otras técnicas habilitadoras | Según P.T.I | | |
| 3. Actividades de apoyo | 3.2. Social | Trabajador social Educador social | | |



Llegados a este punto también podemos hablar de investigación. Centramos la investigación no en lo *que debería ser* sino en *descubrir qué es lo que está pasando*. Queremos saber el punto de vista de quienes están implicados, realizando una labor de etnografía¹, investigando las significaciones sociales y las subjetivas que aparecen en el día a día, tanto individual como colectivamente. Y poder comprender, así, cómo se construye el sufrimiento, qué significado tiene para los que lo tienen y qué factores intervienen en él; porque saber del sufrimiento y qué podemos hacer o cómo podemos contribuir a hacerlo más soportable o a hacerlo desaparecer es el fin último de la salud mental.

Qué podemos hacer o cómo podemos contribuir a hacerlo más soportable es el fin último de la salud mental

Creemos que nuestro trabajo debe ser flexible, dado que hay que adaptarse a las necesidades y demandas diarias que nos presenten los chicos/as.

También, y como parte central de nuestra labor y de nuestra profesión, debemos hablar de la ética como algo irrenunciable. No se puede hablar de la tarea educativa del educador/a social sin ética ya que cuando definimos los objetivos para el desarrollo de otras personas y de sus vidas, estamos trabajando con los valores (que deben ser humanistas y democráticos, y en sintonía con los derechos humanos). Hablamos de ética desde tres pilares (Canimas, 2011):

1. Moral: conjunto de valores y enunciados prescriptivos que concretan lo que se considera una vida buena y justa.
2. Académica: diferencia entre ética y moral; moral como lo *que* hacemos y ética como el *por qué* lo hacemos.
3. Forma de ser y de estar en el mundo y con los demás:
 - a. Estar.
 - b. Reconocimiento (emocional, social y jurídico) y alteridad (más allá del nos-otros).
 - c. Responsabilidad y poder; libertad-poder-responsabilidad.

- d. Cuidado y hospitalidad; calor humano, acompañar en su itinerario vital.
- e. Amar; actitud amorosa.

Recogemos a continuación algunos de los relatos, a cargo de profesionales de la institución que han contribuido a la construcción de este espacio de intervención. Todos ellos nos precedieron en la tarea a desempeñar en los hospitales de día, desde diferentes posiciones (clínicos y educadores). No podemos entender el presente de nuestros hospitales y de la tarea a realizar sin tener en la memoria nuestros inicios.

“La indicación para el Hospital de Día no la hago por las manifestaciones externas, sino que exploro el conflicto psíquico subyacente, con la intención explícita de averiguar la calidad y cantidad de afecto y de emociones que podrán ser movilizadas”. *Roser Pérez Simó*.

“Uno de los sufrimientos más patentes de quienes acuden al Hospital de Día es la dificultad para establecer relaciones estables y satisfactorias, tanto con los otros como con ellos mismos. Una de las ventajas que les ofrece el dispositivo es poder relacionarse con diferentes personas desde diferentes posiciones.

Además de la relación con otros pacientes y con diferentes profesionales, también contribuye la negociación de las normas de disciplina, en constante transgresión y negociación, y que permite prolongar el contacto terapéutico con la institución.

Con los educadores existe una relación muy cercana tanto para las cosas buenas como para las malas. Vivir en directo los conflictos es algo muy distinto a escucharlos desde el otro lado de la mesa.

Como psicoterapeutas resulta imprescindible el intercambio con el resto del equipo. No sólo se trata de conseguir información, que es la única forma de entender a pacientes que muestran, en diferentes ámbitos, tanto su patología como sus recursos. Patología y recursos que nos transmiten no sólo por lo que dicen y hacen, sino también por la forma en que nos lo hacen sentir a nosotros. Los pacientes pueden depositar todo su mundo positivo en un profesional y todo lo que es negativo en otro, o mostrarse en unos aspectos desafiantes y preocupados y en otros aspectos, colaboradores y esperanzados. Intentamos que nuestra respuesta terapéutica tenga en cuenta estos aspectos disociados y no responder de una forma fragmentaria, que amplifique su estado inicial.

Nuestro objetivo es el de facilitar la apertura al trabajo mental. Cada miembro del equipo puede representar un sustituto parental para el adolescente. Éste proyecta a menudo sobre los sustitutos sus ‘imágenes’ parentales. Se intenta que el paciente cree un espacio transicional a

través de las relaciones con los diferentes miembros del equipo, permitiendo un juego de proyecciones que serán integradas a través de la elaboración clínica del equipo, imprescindible para poner palabras a lo ‘no dicho y no actuado’. Sin este trabajo, sería imposible ayudar a estos pacientes”. *Daniel Cruz, Margarita Noguera y Mercè Mañé* (psicólogos).

“Tenemos que pensar en nuestra labor de educadores y en la relación tan próxima que se vive día a día y que puede conseguir despertarnos conflictos a nosotros mismos, que pueden ser resueltos o no. Todo un abanico de sentimientos espontáneos, toda una serie de emociones que surgen en la convivencia de compartir un espacio y un tiempo común.

Vivir directamente con ellos permite la posibilidad de establecer otra manera de funcionar y otra visión de las relaciones humanas. Somos nosotros los que vemos la parte ‘buena’ de estos pacientes y a veces sufrimos su parte más actuadora. La posibilidad de pensar y dar una interpretación inmediata de sus crisis es lo que hace que se desmonten y lo que permite poder pensar qué les pasa, ya que hasta entonces nadie ha sido capaz ‘de adivinar’ lo que los hace explotar. Son ellos y ellas los que, a veces, critican nuestra forma de hacer y nos explican cómo viven nuestra actuación, que puede ser negativa o positiva.

Muy a menudo es en las actividades terapéuticas que diariamente se llevan a cabo cuando afloran las emociones.

Más allá de establecer un contrato terapéutico, las actividades y relaciones que se derivan permiten establecer un grado de empatía que a menudo sorprende a los propios pacientes.

Muchas veces depende de nuestra acción cómo se elaboran estos sentimientos de rabia o impotencia ya que éstas son conductas que a menudo son entendidas por el entorno y provoca en los demás el mismo tipo de reacción. Es importante ver cómo asignan un papel diferente a cada educador, y cómo estos papeles asignados tienen referencias claras en las relaciones familiares.

Este es el momento en que el educador adopta una postura más empática, y a la vez más difícil, ya que debe entender lo que le está sucediendo, debe contener y, posteriormente, ya llegará el momento de poder hablar y reflexionar sobre lo que ha sucedido.

Se establece un vínculo importante que perdurará tanto en los momentos satisfactorios como en los críticos y que le ayudará a tenerlo siempre como punto de referencia.



Son ellos y ellas los que, a veces, critican nuestra forma de hacer y nos explican cómo viven nuestra actuación

Resultados terapéuticos. Algunos aspectos que resaltan especialmente:

- La expresión y el manejo de las emociones de forma que les haga posible otras formas de auto o heteroagresividad, o rehuir la excitación, la oposición o el negativismo como respuesta social o relacional estereotipada.
- La consecución de la mejora en este aspecto es sin duda debida a la contención emocional y afectiva que ofrecen los educadores a través de sus respuestas educativas y terapéuticas.
- Uno de los grandes beneficios del Hospital de Día recae sobre aquellos pacientes que tienen conductas antisociales y de descontrol de impulsos en el ambiente familiar, escolar o relacional, que se desencadenan porque la norma o la realidad, y muchas veces incluso el intercambio relacional, son vividas de forma paranoide y persecutoria, es decir, como ataque o agresión hacia su persona.
- La afectivización de las relaciones y la respuesta del educador retocada por lo que éste comprende del paciente, y dirigida más a la ansiedad de fondo que a la apariencia de la demanda, hacen que el paciente pueda tomar conciencia de sus conflictos y poco a poco ir introyectando la realidad, y considerar al otro o a los otros no como enemigos sino como aliados.
- En el nuevo intercambio no sólo disminuye la ansiedad sino que disminuyen los trastornos de comportamiento y la explosividad, y por tanto se abre la vía hacia la socialización o la resocialización”. Josep M. Fontbernat, Maria del Mar Ruiz y Maria Pilar Aguilar Fontbernat (educadores y monitores).

“El Hospital de Día se ofrece como un lugar (palabra importante si pensamos que se trata de jóvenes esencialmente desubicados respecto a los demás y a sí mismos), un espacio y un tiempo. La función del Hospital de Día es permitir una regresión tanto de los padres como de los pacientes.

El segundo momento o función es el de la comprensión psicopatológica. El trabajo clínico será necesario que diferencie los aspectos estructurales o fijados de los estructurantes o evolutivos, dejando abierta, de este modo, la posibilidad de ver aparecer nuevos fenómenos, síntomas o funcionamientos mentales, sorprendentes tanto para el terapeuta como para el propio paciente. En este sentido serán esenciales el trabajo de reflexión clínica conjunta de todo el equipo y la dimensión temporal o evolutiva del trastorno.

El tercer momento sería el propiamente terapéutico, tanto en el sentido de inducir cambios como en el porqué de estos cambios.

- a. Tenemos el espacio grupal de interacción que se constituye como el eje del trabajo terapéutico.
- b. La libertad y la espontaneidad de estas experiencias de grupo contrastan con el seguimiento individual (con el terapeuta asignado), que le hará de contrapunto.

Si el grupo representa el motor del empuje terapéutico, el terapeuta individual sería el pivote que permite articular, junto con el proceso terapéutico, la elaboración de un proyecto de trabajo o de estudios.

Finalmente, cabe destacar la importancia de las reuniones de síntesis de todo el equipo para este proceso de elaboración conjunta y para la eficacia del recurso”. *Jaume Claret (psiquiatra)*.



Objetivos de la intervención. Respuesta educativa

El educador social puede tener una tarea muy importante junto a la del trabajo psiquiátrico y psicológico, por un lado, y del trabajo social, por otro.

Aunque este no es el interés de este artículo, pensamos que es bueno definir los objetivos que, de forma muy genérica, enmarcan nuestras intervenciones.

Se tratará de ofrecer una respuesta educativa en dos plazos diferenciados:

1. *A corto plazo*: capacitar al enfermo para continuar su proceso de socialización y conseguir una mejor integración en la sociedad.
2. *A largo plazo*: mantenerle en la estabilidad, previniendo con los recursos adecuados –nuevos valores, nuevas perspectivas en el trabajo o en la formación, en las relaciones personales, etc.

Y para conseguirlo, será necesario incidir tanto en el propio individuo como en su entorno (familia, escuela, trabajo, amigos) buscando unos objetivos claros:

- Cambio de actitudes ante la vida.
- Adquisición de valores sociales.
- Acercarse al sentido de la realidad, con la aceptación de las cosas tal y como son y de la propia realidad.
- Orientación personal y formativa o profesional de acuerdo con sus posibilidades, necesidades, expectativas, etc.
- Capacitación para desarrollarse en el ámbito social.

- Capacidad de reflexión y de crítica sobre su propia actitud.
- Capacidad de relación y comunicación con las personas del propio entorno.
- Trabajar la autonomía personal.

Método

Lo que nos proponemos es hacer un acompañamiento desterapeutizado y sin pretensión clínica

En el ámbito de la salud mental nos encontramos con situaciones de sufrimiento y de demanda de ayuda constantes. Intentamos dar una respuesta que complemente la terapéutica y la clínica porque este es un campo donde la terapéutica lo llena casi todo. Al mismo tiempo, sin embargo, intentamos pensar en relaciones, espacios y acciones desde una visión no terapéutica, y en consecuencia intentamos pensar en la locura desde otros puntos de vista. Introducimos el concepto de la interdisciplinariedad, donde la persona toma el protagonismo y la mirada no es sólo sobre el diagnóstico (el trastorno, la enfermedad...), para tener una visión más holística. Así, lo que nos proponemos es movernos de lugar, dejar la clínica a los clínicos y al espacio de los clínicos y hacer un acompañamiento desterapeutizado y sin pretensión clínica; eso supone la capacidad y la necesidad de entender lo que el paciente nos dice, no entrando a valorar los contenidos (esto correspondería a otro espacio de intervención psicológica), sino valorando las funciones de empatía y de asertividad. Es decir, con la capacidad de escuchar y entender la demanda que nos formula y de ponernos en el lugar del otro, con la voluntad de alejarlo de la enfermedad y acercarlo al ser social que todos somos.

La realidad impone que la persona atendida tiene múltiples facetas y que los profesionales que atendemos lo hacemos con diferentes miradas. Debemos aceptar que siempre habrá aspectos de la persona que nos serán ocultos. Trabajar desde esta perspectiva implica aceptar que no hay un “saber” objetivo de la persona. Significa superar la “jerarquización” del saber para la priorización de las acciones. Un aspecto que nos diferencia del resto de profesionales es que el educador social trabaja desde la salud, su centro de interés es la persona sana; otros profesionales, en cambio, trabajan desde la enfermedad, desde el trastorno.

En este sentido, podemos añadir que acompañar no se trata de empujar al joven o arrastrarle, sino estar a su lado mientras aprende, y detenerse cuando él lo decida. Eso sí, orientándole, aconsejándole, respetando su interés, su voluntad de ser acompañado, apoyándonos siempre en las condiciones, capacidades y proyectos del joven. Eso no nos salva, sin embargo, de que sea necesario, en una primera fase, pasar por un periodo de dependencia sana dentro del proceso de crecimiento, que permitirá que, en una segunda fase, la persona pueda funcionar con más autonomía, tras haber interiorizado un vínculo protector con el educador. Esta intervención está siempre fundamentada en la relación interpersonal con él/ella, porque estableciendo esta relación estará en el camino de restaurar las relaciones que generan los vín-

culos sociales. La perspectiva se centra en los valores y los objetivos de los pacientes, como la democratización, la autodeterminación y la autonomía. Nuestro ideal es el de la persona empoderada (*empowered*), que es capaz de entender y actuar dentro de la comunidad, a través de sus propias perspectivas, conocimientos y habilidades.

Debemos tener en cuenta que una de las ventajas que los dispositivos de salud mental ofrecen a los jóvenes atendidos es el poder relacionarse con diferentes personas desde diferentes posiciones, y eso quiere decir que hay una relación muy cercana con los educadores tanto para lo bueno como para lo malo.

Vivir en directo los conflictos es algo muy diferente a escucharlos. Vivirlos en directo permite establecer otro modo de funcionar y otra visión de las relaciones humanas. Somos nosotros los que vemos la parte “buena” de estos adolescentes, a la vez que, en ocasiones, sufrimos su parte más actuadora; de nuestra acción depende muchas veces cómo se elaboran los diferentes sentimientos (rabia, impotencia, alegría...) ya que estos modulan las conductas con que se expresan, y que provocan determinadas reacciones por parte del entorno.

Así, los educadores podemos observar las diferentes situaciones y cómo se mueve el adolescente en su relación con los iguales, con los adultos, con la autoridad, con las normas y con los límites. Se establece una relación muy intensa, primordial para que aparezca el vínculo. Para que el joven se sienta confiado, primero debe sentirse aceptado, entendido, querido. Una vez aparece la confianza, es más fácil que el joven desarrolle sus habilidades y capacidades reales (no ideales ni ficticias). Cabe decir que, a veces, esta es una de las funciones más agotadoras del educador.

Así pues, entendemos que los educadores nos movemos entre dos funciones esenciales:

- *Funciones acogedoras*: aquellas orientadas a incluir en el espacio de interacción a los jóvenes con pleno reconocimiento como sujetos de la educación, para promover procesos de cambio que posibiliten su desarrollo cultural y/o educativo.
- *Funciones delimitadoras*: aquellas orientadas a establecer acuerdos, compromisos y límites con los jóvenes que enmarquen la acción educativa en una finalidad socializadora.

El objetivo principal de las actividades es facilitar espacios que cumplan la función de objeto intermediario con intencionalidad terapéutica. Son espacios en los que se reconoce la capacidad de hacer, de construir, de au-



Nuestro ideal es el de la persona empoderada, que es capaz de entender y actuar dentro de la comunidad, a través de sus propias perspectivas

toestima, de valorar y potenciar los aspectos más sanos y conservados del paciente. En ese sentido, debemos entender las actividades y talleres que realizamos como:

- Intermediarias en el funcionamiento de los chicos/as.
- Intermediarias en el tratamiento.
- Intermediarias en los modelos de relaciones.
- Intermediarias en la relación con el adulto.

Entendemos que los talleres son una herramienta fundamental para alcanzar algunos de los objetivos del hospital: la vinculación, la observación, el diagnóstico y el tratamiento. Los talleres no han sido concebidos como espacios escolares ni tampoco como lugar de espacio lúdico, pero sí son espacios pensados y estructurados para que el chico/a se encuentre a gusto y pueda mostrarse como individuo.

Podemos estructurar los talleres en las siguientes áreas:

- *Creatividad*: posibilita aspectos de experimentación y mejora en creatividad, expresión y motricidad fina del adolescente, mediante la aplicación de artes musicales, tecnológicas, plásticas, literarias, etc., (manualidades, música, radio, etc.).
- *Desarrollo en el entorno*: posibilita el contacto, el conocimiento y la integración del adolescente en su entorno social, cultural y lúdico (conocimiento del entorno, ocio, cocina, cine fórum, asamblea, gestión emocional, habilidades sociales, etc.).
- *Psicomotricidad*: permite la asimilación de la conciencia corporal, la orientación espacial, la autoimagen y la confianza con uno mismo y con los demás (deportes, piscina...).
- *Autonomía*: fomenta y proporciona hábitos de autocuidado y responsabilidades que el adolescente tiene consigo mismo (buenos días, tareas diarias, estética, etc.).

Herramientas y competencias

El educador social establece una relación educativa –que sólo se puede crear desde el ser y el estar– hacia el joven que se caracteriza por:

- La relación educativa se construye mediante el vínculo.
- La construcción no es unidireccional, no es posible imponerla, debe ser validada.

- Espontaneidad adquirida, que debe permitir gestionar educativamente la relación educativa en la inmediatez de la vida cotidiana.
- Se renuncia a la relación educativa cuando se realiza la demanda de protocolización de todo tipo de situaciones en la cotidianidad de la intervención.

También es importante entender el educador respecto del equipo, que se caracteriza por:

- *Compromiso*: asunción de la responsabilidad individual de cara a la consecución de los objetivos comunes.
- *Confianza*: aspecto emocional relacional. La aceptación mutua, el respeto por el otro y su trabajo, la resolución de los conflictos interpersonales.
- *Comunicación*: diálogo entre los miembros del equipo para obtener un resultado mejor que lo que vendría de la suma de las aportaciones individuales de cada uno de sus miembros por separado.
- *Coordinación*: organización óptima del equipo en la distribución de las tareas.
- *Complementariedad*: a cada miembro del equipo se le encomienda una parte de la tarea común que se lleva a cabo entre todos.
- Un educador social solo no es ningún educador. Un educador social solo siempre es incompleto. Se completa a través del trabajo en equipo.



Debemos ser conscientes de que no existe una coincidencia plena de objetivos, sino que existe un diálogo constante que genera efectos a nivel de la concreción del proyecto que se está ejecutando y también en la trayectoria y/o cultura de la institución. Y en este punto es interesante la siguiente reflexión en torno a la cultura corporativa:

- Cultura cognitiva*: valores y normas (verbales y escritos).
- Cultura emocional*: valores afectivos y emociones (lenguaje corporal, expresión facial).

Existe un diálogo constante que genera efectos a nivel de la concreción del proyecto que se está ejecutando

Existen tres niveles de cultura de una organización (Edgar Schein):

1. *Artefactos*: son las características que se pueden visualizar, escuchar y sentir. Por ejemplo: uniformes, mobiliario, reglamento, misión, etc.
2. *Valores de los profesionales*: son un segundo nivel y juegan un papel importante en la cultura de la organización.
3. *Valores asumidos por los profesionales que no son visibles*: son las creencias, que suelen estar ocultas y mantenerse, pero que afectan a la cultura.

Entendemos que el educador social debe tener experiencia en lo que podríamos llamar habilidades sociales.

Las habilidades sociales son un conjunto de competencias conductuales que posibilitan que la persona mantenga relaciones sociales positivas con los demás y que afronte, de manera efectiva y adaptativa, las demandas de su

entorno social. Son aspectos que contribuyen significativamente, por una parte, a la aceptación por parte de los compañeros y, por otra, a un ayuda y adaptación social adecuadas.

Las habilidades sociales están conformadas por los siguientes componentes:

1. *Componentes motores*: conforman la mayor parte de la habilidad. Se pueden diferenciar tres subgrupos:

1.1. *Los componentes verbales*: hacen referencia fundamentalmente al habla, a la conversación, que es la herramienta principal que utilizamos las personas para interactuar con los demás. Algunos de los componentes verbales serían la duración de la conversación, la retroalimentación, las preguntas, el habla, etc.

1.2. *Los componentes no verbales*: confluyen muchos y diversos componentes como la mirada, la expresión facial, la sonrisa, la postura corporal, los gestos, la distancia, etc.

- *La mirada*: un elemento determinado de las interacciones entre las personas es la mirada recíproca. La mirada da información sobre la actitud del interlocutor (hostilidad, interés...) pero sobre todo sirve de apoyo al mensaje oral.
- *La expresión facial*: el rostro es una de las partes del cuerpo más expresivas y complejas de la comunicación no verbal. Se reflejan en él las expresiones emocionales por medio de los movimientos de la boca, de los ojos, de las cejas y de otros componentes. La frente, las cejas, los ojos, los párpados y la parte inferior de la cara son las zonas faciales donde se ubican fundamentalmente las expresiones emocionales.
- *La sonrisa*: la sonrisa está considerada como un indicador fiable de habilidad social. Es un componente clave para iniciar una interacción, ya que pone de manifiesto una actitud favorable de la persona, propicia un buen clima. Interviene en la retroalimentación necesaria para mantener la conversación y es un componente importante también para finalizar de forma óptima una conversación.
- *La postura corporal*: la postura que adoptamos ante el interlocutor transmite determinadas actitudes, sentimientos y estados psicofisiológicos (angustia, cansancio...). La postura también puede determinar el tipo de relación que los interlocutores tienen y, por tanto, la comunicación (sumisión, por ejemplo).
- *Gestos*: los gestos se localizan fundamentalmente en las manos y, con menos importancia, en la cabeza y en los pies. Son acciones con un importante componente cultural. Dependen en gran medida del contexto social. Tienen un objetivo básicamente informativo.

- Proximidad/distancia: el grado de proximidad indica el nivel de relación entre los interlocutores y varía según el contexto. Está, pues, determinada por el contexto cultural. Sin embargo, cada persona necesita un espacio personal mínimo (*burbuja personal*).

1.3. Los componentes paralingüísticos: son aspectos que acompañan el habla, que contribuyen a modular el mensaje y de los cuales la persona normalmente no es consciente. Algunos de estos componentes son el volumen, el tono, la fluidez y la velocidad del habla.

2. *Componentes cognitivos:* condicionan la forma en que la persona se enfrenta a la situación.

2.1. Competencias cognitivas: se refieren a la capacidad de la persona para transformar y utilizar la información, tanto la relativa al repertorio de conductas como a las señales del entorno que las condicionan.

2.2. Estrategias de codificación y constructos personales: tienen relación con la percepción, la interpretación y la experimentación de la realidad que hace cada persona, y cómo estos elementos condicionan su posición en la interacción.

2.3. Expectativas ante la situación: la persona construye pronósticos sobre la autoeficacia propia (seguridad que tiene una persona de su capacidad para tener una conducta concreta) y también expectativas sobre el resultado de la interacción, que condicionan la realización posterior.

2.4. Preferencias y valores subjetivos: cada persona da valor a un tipo de estimulación u otro, y también da un valor determinado a las consecuencias de la conducta propia. Así, en función de la escala de valores, cada persona elegirá una conducta determinada para una situación determinada, y valorará la respuesta del interlocutor también en función de los valores propios.

2.5. Sistemas y planes de regulación: se refieren a la capacidad de la persona para actuar sobre la situación en la que se produce la interacción con el fin de adecuarla a los objetivos que se ha propuesto. Algunos mecanismos de regulación son las auto-instrucciones, las auto-observaciones y las auto-evaluaciones.

3. *Componentes afectivo-emocionales:* el comportamiento de la persona en las relaciones sociales depende tanto de las capacidades, los conocimientos, las estrategias y las destrezas cognitivas como de la disposición, la intención y la motivación de la persona.



Conclusiones y futuro

La intención de la acción de los educadores sociales tiene como uno de los objetivos el de promover la integración comunitaria de los y las jóvenes del dispositivo. Pretendemos poder establecer la necesidad de profundizar la participación de los jóvenes en otros espacios que no tengan que ver con la institución hospitalaria, desde la idea de construcción de otros vínculos saludables, paralelamente a su posible tratamiento formal y de acuerdo con su historia de vida y singularidad. Entendemos que la necesidad de promover una integración comunitaria supone partir de ciertos elementos que caracterizan a la población con la que trabajamos:

- Los jóvenes presentan una gran vulnerabilidad psicosocial. Esta vulnerabilidad radica a menudo en las dificultades de establecer vínculos sociales y también en la fragilidad socioeconómica.
- Esta vulnerabilidad puede venir ocasionada a menudo por la presencia del estigma, que puede dificultar la incorporación en la escuela, taller, trabajo, etc.

Hacer posible
que los jóvenes
consigan
reconocerse
como integrantes
de una
comunidad es
nuestro objetivo

Hacer posible que los jóvenes consigan reconocerse como integrantes de una comunidad –su comunidad– es nuestro objetivo general a medio plazo. Para ello, hay que apostar por crear un sistema de soporte que vaya más allá del dispositivo, un sistema de acompañamiento que les dé seguridad a la hora de tomar decisiones –que tenga en cuenta los propios recursos del joven y del contexto en el que se encuentra. Habrá que poner también la mirada en el lugar donde vive, en su entorno, en los recursos que hay en el territorio, en los propios intereses, en el tratamiento, evidentemente, y en los espacios donde podrá establecer lazos y los medios para hacerlo. Será, pues, el propio joven, acompañado por el educador social, quien construirá esta red tan necesaria para su plena integración y, en definitiva, para su rehabilitación.

Jordi Juanico i Sabaté
Educador social
Servicio de Salud Mental
Hospital de Sant Joan de Déu
jordi.juanico@gmail.com

David Ventura i Lluch
Educador social
Servicio de Salud Mental
Hospital de Día Vilanova, CSMIJ Garraf
Hospital de Sant Joan de Déu
dventura@sjdhospitalbarcelona.org

Bibliografía

Canimas i Brugué, Joan (2011). *Ètica aplicada a l'educació social*. Barcelona: Editorial UOC.

Capria et alt. (2011). *Capacidad jurídica: ¿de qué estamos hablando?* Equipo interdisciplinario de Evaluación de la Capacidad Jurídica de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires.

Carpenna, Anna (1998/99). *Habilitats socials i educació de valors des de l'acció tutorial*. Terrassa.

Schein, Edgar H. (1992). *Organizational culture and leadership*. Jossey-Bass.

Plan Funcional de Hospitales de Día Comunitarios, Plan Estratégico del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente. Hospital de Sant Joan de Déu 2014.



1 La investigación etnográfica es la investigación emblemática por excelencia en el campo de las ciencias sociales. Pide una introducción dentro del campo de estudio. Se trata de registrar lo que sucede con el fin de interpretarlo. El etnógrafo debe interpretar lo que sucede “poniéndose en el lugar” de los actores. Las cosas o situaciones más cotidianas serán probablemente el objeto más relevante a investigar.

El método etnográfico no parte de categorías previas, sino que afronta la realidad sin estructura previa; estas categorías deberán elaborarse por el método inductivo. Lo único previo serán los conocimientos y/o teorías que se conocen, elementos básicos para saber interpretar.

Las taxonomías (clasificaciones) nunca serán previas. La observación puede ser participativa o no serlo. El grupo debe poder (o no poder) implicarse en la observación. Se podrá hacer retorno (o no) de las interpretaciones para que las admita (o no).

Se fundamenta en el hecho de que la realidad es una construcción. La interpretación es subjetiva. Se confía en las interpretaciones o bien del etnógrafo o bien del grupo para valorar la situación.

Se rechazan las causalidades mecánicas: (estímulo - respuesta). Se hace una interpretación de los datos; no interesa tanto la frecuencia de lo que ocurre.

El muestreo es pragmático (grupos naturales). No interviene el azar.

Aplicaciones:

- A veces son descriptivas.
- Dan lugar a posteriores investigaciones experimentales. Son fuente de generación de hipótesis a cargo de otras metodologías.

Limitaciones:

- Calidad/capacidad del investigador fundamental. Al ser subjetivas, el papel del investigador es fundamental.

Existe el peligro de convertirse en nativo; entonces se imposibilita la investigación.