

# **DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL. Nº 7.**

---

## **Primer Cuatrimestre 1996.**

### **EDITA:**

**Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga.**

### **VOCALÍA DE PUBLICACIONES Y BIBLIOTECA.**

Muro de Puerta Nueva, 9 - 1º BC.

Teléf.: (95) 222 71 60 - MODEM-FAX: (95) 222 74 31  
29005 - MÁLAGA

**Horario:** de lunes a viernes (9,30-13 h.)  
y de lunes a jueves (17-18 h.).

### **DIRECTOR:**

Cristóbal Gil Valenzuela.

### **SECRETARIA TÉCNICA:**

Mª José Reyes Sánchez.

### **CONSEJO DE REDACCIÓN:**

Mari Cruz Parrondo Carretero, Josefa Ríos Ruíz,  
Ana Mª Medina Sánchez, Rosario Pavón Miranda,  
Villaverde Romero Campano, Mari Luz Bur gos Varo,  
Dolores Ruíz Segura, Francisco Cosano Rivas y Marisa Taboada González.

### **CORRESPONSALES:**

Beatriz Monteagudo del Riego (Huesca), Ana Rosa Fuentes Martos (Madrid),  
Ángela Torrano Fernández (Murcia), Mariano Sánchez Robles (Granada) y  
Patricia Ponce (Guipúzcoa).

### **REALIZACIÓN:**

Diseño y Maquetación:  
Antonio José Carmona Torres.

ISSN: 1133-6552

### **IMPRIME:**

Gráficas ANAROL  
Pozos Dulces, 32 - MÁLAGA  
Depósito Legal. MA-1126-1993

---

---

# ÍNDICE

---

	<u>Página</u>
<b>Editorial</b> .....	5
 <b>Trabajo Social y habilidades.</b> <i>Ascensión Carretero Jumilla</i> .....	 7
 <b>Programa Joven de Sexualidad EROS. La intervención en actitudes a través de la radio desde un Proyecto de Intervención Comunitaria.</b> <i>Beatriz Monteagudo del Riego y Joaquín Villa Bruned</i> .....	 35
 <b>Centro de reforma de régimen cerrado.</b> <i>Elena Clavijo Pendón, Victoria Toledo Peña e Inmaculada Vargas Pérez</i> .....	 69
 <b>Programa de intervención para Altas Problemáticas.</b> <i>Mariano Sánchez Robles</i> .....	 83
 <b>El Trabajador Social en los Procesos de Integración/ Exclusión desde la INICIATIVA SOCIAL.</b> <i>Rosa M<sup>a</sup> Muñoz Herrera</i> .....	 105
 <b>Bibliografía Comentada.</b> <b>Presentación del libro "Diseño y Evaluación de Proyectos Sociales".</b> <i>M<sup>a</sup> Jesús López Ruíz</i> .....	 113
 <b>Página del lector</b> .....	 117

---

---

## EDITORIAL

---

Con este número afrontamos una nueva etapa en D.T.S. Estrenamos cambio de imagen, nuevos objetivos y flamantes proyectos.

Nos proponemos mejorar la calidad de la revista a distintos niveles:

- En lo referente a imagen gráfica, queremos presentar un producto más atractivo para los lectores, que motive a la lectura y al mismo tiempo nos permita aumentar el contenido en cada número. Esperamos que el nuevo diseño cumpla esta finalidad.
- En lo referente a la calidad técnica, se está trabajando en el "check list" de D.T.S. Se trata del conjunto de pautas y criterios que se exigirán a los trabajos recibidos en redacción para su aceptación. A la vez que será un instrumento que otorgue homogeneidad a la labor del Consejo de Redacción. En un próximo número será editado junto a las nuevas normas de publicación.
- Se está trabajando en la línea de dotarnos de "producción propia" y de aumentar la publicación de trabajos de investigación. Para ello se han puesto en marcha varios equipos de "reporteros científicos", cuya actividad consiste en la elaboración de estudios sociales.
- Se introducen dos nuevas secciones: una sobre servicios de D.T.S., que pretende apoyar a los autores en la tarea de escribir artículos, y otra de atención al lector, cuya finalidad inmediata es incorporar vuestra participación a las dinámicas de la revista.
- Por último, todos los artículos que se publican en los tres números de 1996, tomarán parte en la primera edición del **Premio Científico Documentos de Trabajo Social**.

El Director.

---

---

# TRABAJO SOCIAL Y HABILIDADES.

**Ascensión Carretero Jumilla.**

Diplomada en Trabajo Social.

Profesora de Trabajo Social de la E.U.T.S. de Málaga.

## RESUMEN.

*En este trabajo se presenta un análisis descriptivo de las habilidades que la autora considera necesario para mejorar el quehacer profesional, y se introducen los métodos de entrenamiento en habilidades sociales (EHS).*

*El conjunto del trabajo se centra en la descripción de las conductas y procesos que integran las habilidades que el trabajador social debe desarrollar, clasificándolas en habilidades perceptivas-intuitivas, intelectivas, de intervención y de relación.*

las exigencias del contexto. Según CARKHUFF, el **Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS)**<sup>1</sup> puede convertirse en el método preferido ante problemas conductuales por considerar al hombre aprendiz de habilidades, con potencial para superar eficazmente sus aspectos problemáticos.

PHILLIPS (1978) indicó que "gran parte de lo designado como conducta anormal, neurótica o contraproducente, puede atribuirse a falta de habilidades, específicas que puede remediarse mediante procedimientos de entrenamiento".

Para MAGER lo 1º al proyectar un EHS, es especificar objetivos conductuales: conductas que debe demostrar quien aprende, patrón para determinar el logro de objetivos y contexto en que las pretendidas conductas deban ser practicadas.

En T.S., las habilidades más significativas son: perceptivo-intuitiva, intelectivas, de intervención y de relación:

### **1. HABILIDAD PERCEPTIVO-INTUITIVA.**

El más precioso de nuestros sentidos es la "percepción mental" (...) "actitud vital, plan de acción y capacidad para hacerlo realidad" (SCHWARTZ). La percepción es un filtro de los 10.000 estímulos que percibimos por segundo. Tras ella, a través de operaciones básicas (selección, organización, acentuación y fijación), se genera: la interpretación y significación. Tiene:

**1.1. Una estructuración:** Equipamiento (ley del cierre, simetría, proximidad y semejanza), relaciones figura-fondo, constancia perceptiva (tamaño, forma, color) y objetos imposibles.

---

<sup>1</sup> *Movimiento con raíces históricas no suficientemente reconocidas: JACK, MURPHY, NEWCOMB (1934), WILLIAMS (1935), PAGE (1936) Y THOMPSON (1952), con antecedentes en trabajos de: SALTER (1949), WOLPW (1958), LAZARUS (1971), LIBERMAN (1975), ALBERTI (1983), MCDONALD / COHEN (1981) y PHILLIPS (1985).*

**2.2. Conceptuar:** nombrar correctamente al objeto, generalizar minimamente y retener las ideas en un esquema de simplificaciones concretas.

**2.3. Contextuar:** capacidad para incluir un aspecto de la realidad social en un marco general (teórico, ideológico, cultural...).

**2.4. Analizar:**<sup>2</sup> habilidad para abordar los problemas sociales desde el análisis de sus elementos: se parte del todo a analizar; la razón lo estudia detenidamente y discierne sus elementos; y se termina con la formulación separada de cada elemento.

**2.5. Sintetizar:**<sup>3</sup> capacidad de integrar, recomponer los elementos desintegrados, en una unidad globalizadora: se parte de elementos diversos; la razón lo estudia detenidamente para descubrir sus relaciones y se termina con la integración de elementos en un conjunto conceptual.

**2.6. Diagnosticar:** habilidad para valorar las informaciones en términos de proceso.

### 3. HABILIDADES DE INTERVENCIÓN.

**3.1. Proyectar:** capacidad de pensar sobre la realidad en términos de proceso.

**3.2. Coordinar:** capacidad de pensar en términos de objetivos, aglutinando a quienes garanticen su consecución. Se trata de:

\* Aunar esfuerzos y limar/contrarrestar divergencias, en: un flujo permanente de información, sincronización de tareas y distribución de responsabilidades.

---

<sup>2</sup> Del gr. "analysis", "disolución, descomposición", descomponer el todo en sus partes.

<sup>3</sup> Del gr. "syntesis", "composición", componer o formar un todo con elementos diversos.

espíritu sereno cuando está bajo presiones. Según ROGERS, "la madurez no debe considerarse como condición homeostática a la que aspirar, sino como un proceso en cambio y desarrollo". La inmadurez se produce, por el contrario, por: incomprensión, intolerancia, sectarismo, fanatismo, etc., que establecen barreras hacia los demás.

Las habilidades de relación en T.S., son: convencer, motivar y comunicar:

**4.1. Convencer:** habilidad de argumentar las opciones, presentando los temas desde el ángulo que apasiona a quien lo ve o escucha.

**4.2. Motivar:** capacidad que permite que las personas se incorporen, desde su iniciativa/creatividad, al proceso, de modo voluntario/apasionado, desarrollándose en plenitud; y se descubran de forma distinta a su estereotipo, a partir de quien les oferta esa nueva posibilidad. El T.S. debe: explicar los motivos de actuar, obtener adhesión hacia la actividad, mover a la participación, dinamizar, y potenciar con optimismo un entusiasmo comunicativo que despierte, en uno mismo y en los otros, deseos de actuar. Según ANDER-EGG (1987), "el entusiasmo es el principal factor motivacional" con que cuenta el T.S.

**4.3. Comunicar:**

"El lenguaje implica con frecuencia el camuflaje del ser por la apariencia, lo verdadero por su caricatura, que el lenguaje es fuente de mentira, de engaño, de autoengaño y de malentendidos" (HABERMAS).

Vivir en Sociedad implica comunicación (...) "Sin comunicación, la mente no logra alcanzar en su desarrollo una naturaleza humana verdadera" (CH. COOLEY). La comunicación se define como:

a) "Proceso o forma de orientación interpersonal, es decir, social en su sentido más estricto" (PARK).

b) Proceso en el que una energía física actúa sobre un receptor senso-

Por la facultad de comunicarse mediante: lenguaje, escritura, gestos, (...) el hombre es la especie animal hegemónica en nuestro planeta. Su habilidad para razonar y exponer ideas depende de su lenguaje. Las palabras constituyen al hombre y, al usarla, crea realidad objetiva. No son meros significados ni símbolos sobre un papel, o simples vibraciones en el aire. Su valor se mide por su significación.

Los TT.SS. debemos cuidar lo que decimos y cómo lo decimos, por conocer el impacto de las palabras y los efectos negativos de las etiquetas.<sup>5</sup> El cambio comportamental se logra cuando la comunicación recompensa los logros alcanzados. Nuestras actitudes ayudan a comunicar o levantan barreras infranqueables. **La comunicación no es posible sin la conducta (verbal y no verbal).** Entre ambas debe haber coherencia. En sus contradicciones, la no verbal facilita mayor información.

**1º Comunicación verbal (conducta/lenguaje verbal):** es el contenido, la palabra. Su función es: comunicar ideas; informar; expresar sentimientos, acuerdos o desacuerdos (...) y servir de vehículo a los contenidos del mensaje, que deben ser explícitos (expresiones vagas y generalizadoras, obstaculizan y esclerosan los canales de comunicación).

**1. En general:** detecta el marco donde se establece la comunicación, aclara las ideas antes de exponerlas y expresa algo que represente para el receptor una ayuda, potenciando la **comunicación eficaz**. Para **reducir sus fallos:** definir **objetivos, planificar la comunicación**, reducir eslabones, eliminar prejuicios y atender al FEED-BACK.

**2. Aprender a escuchar:** mantener contacto ocular, postura de acercamiento y expresión facial de "atención" con incentivos no verbales hacia quien habla, evitando distracciones y valorando el contenido, etc. Ello: estimula la comunicación, neutraliza conflictos, mejora el clima social,

---

<sup>5</sup> *Palabras, opiniones y explicaciones ficticias-circulares, que designan la conducta personal, determinan un patrón estable de relaciones sociales y presentan inconvenientes: estigmatizar, marcar y difundir una información que suscita fatalismo, indefensión e impotencia, no proporciona información útil sobre el comportamiento y se presta a multitud de interpretaciones.*



tolerantes y dispuestas al cambio. Para ello: enfatizar información positiva de modo explícito, resaltar comportamientos adecuados, expresar con mensajes "yo" lo que nos gusta, usar expresiones no verbales, etc.

**8.2. Críticos:** medio poderoso de comunicación que transmite información para el cambio, tiene impacto emocional y debe ser: específica, asertiva y realizarse en el momento adecuado.

**9. Enviar "Mensajes YO":** hablar por uno mismo, sin: atribuir a los demás nuestras opiniones ni reprochar conductas negativas... Es describir la situación, expresar sentimientos y facilitar la negociación, preciso porque: nuestras opiniones/sentimientos son más dignos de crédito, con más probabilidad de consideración e inviste de actitud democrática y respeto que incita al: compromiso, participación y cambio. **Evitar "Mensajes TÚ"** que: expresan críticas, juzgan y responsabilizan al otro. De usarse, imputar aspectos agradables.

**10. Hacer reír:** desarrollar la ironía no hiriente y el sentido del humor, exagerando provocativamente, con sugerencias paradójicas, porque el humor es:

\* "Una cantera de ideas y ocurrencias que, aunque sencillas, sirven perfectamente para salvar las más difíciles situaciones" (ANDEREGG) y "una superación de la dialéctica optimismo-pesimismo entre cuyos polos solemos movernos".

\* Un método económico para pasarlo bien y hacer recompensantes los escenarios de comunicación; un amortiguador del estrés (...) "un ingrediente que hace más agradable las relaciones interpersonales y un medio para salir airoso de situaciones tensas y embarazosas".

Contribuye a: establecer distancia ante situaciones difíciles, superar conflictos y hacer presente la dimensión lúdica de ser persona, igualando a los hombres; provoca la toma de conciencia, con independiente lucidez de la condición trágica e irrisoria del hombre (...)

reconocer que comprendes la irritación con actitud abierta, ayudando a la persona a afrontarla y, hablar con tono calmado y bajo volumen, escuchando cuidadosamente, reservando tus juicios sobre lo que "debería" hacer la persona. Reducida su hostilidad, expresar sentimientos y pedir que, en el futuro, se conduzca de otro modo.

### 12. Por último:

- \* **¡Deje de hablar!**: "Presta a todo hombre tu oído; pero a muy pocos tu voz" (Polonio).
- \* **Haga que su receptor se sienta en confianza y demuestre que está dispuesto a escucharlo** con interés.
- \* **Elimine distracciones, sea paciente y domine su temperamento.**
- \* **No entre en discusiones ni critique o argumente en exceso.**
- \* **Pregunte lo necesario**: alienta al receptor, demuestra que lo escucha y le ayuda a desarrollar con amplitud sus puntos.
- \* **Deje de hablar**. Es el 1º y último de los consejos. No podrás escuchar mientras habla. La naturaleza dotó al hombre de dos oídos, pero de una sola lengua, lo que constituye una advertencia de que debe escuchar más que hablar.

13. La comunicación tiene: **elementos facilitadores** (escucha activa)<sup>8</sup> y **perturbadores**, que pueden interferir en su proceso:

- \* **Objetivos contradictorios, momento/lugar elegido, estados emocionales perturbadores, comprensión (o desacuerdo de men-**

---

<sup>8</sup> Se efectúa con: *Disposición Psicológica y Observación del interlocutor para identificar: sus expresiones verbales y sentimientos; Gestos y cuerpo: contacto visual con quien habla, expresión facial de "atención", postura corporal de acercamiento, incentivos no verbales al que habla, etc., y palabras (expresiones de resumen de lo que entendemos, incentivos verbales a quien habla, tono/volumen de voz adecuados, preguntas abiertas para animar a la cooperación, etc.).*

**14. Estilos de comunicación:** GIBB catalogó estilos que la bloquean-cierran (evaluación, control, dogmatismo, estrategia, neutralidad, superioridad) o que la facilitan (descripción, orientación, espontaneidad, empatía, igualdad, imparcialidad,). Igualmente se distinguen tres grandes estilos:

**a) No asertivo (inhibido),** cuyas características son:

\* **Comportamiento verbal:** voz baja, vacilante, con parásitos verbales; **comportamiento no verbal:** postura cerrada y hundida del cuerpo (trata de evitar la situación); movimientos forzados, rígidos e inquietos (retorcer manos); posición de cabeza hacia abajo (ausencia de contacto visual) y **otras:** deja violar sus derechos, pierde oportunidades y se siente sin control; baja autoestima, deja a los demás elegir por él, no logra sus objetivos y paga un alto coste emocional.

**b) Agresivo:**

\* **Comportamiento verbal:** impositivo, interrumpe y da órdenes; voz alta, habla fluida y rápida; **comportamiento no verbal:** postura erecta del cuerpo, hombros hacia atrás, movimientos y gestos amenazantes (invadir al interlocutor); posición de cabeza hacia atrás, mirada fija y **otras:** viola derechos y se siente sin control; explosivo, hostil, con baja autoestima y alto coste emocional; hace uso excesivo de poder-autoridad, logra objetivos dañando relaciones.

**c) Asertivo (autoafirmativo):**

\* **Comportamiento verbal:** firme y directo; **comportamiento no verbal:** expresión social franca y abierta del cuerpo, con postura relajada y ausencia de tensión muscular; cabeza alta, contacto visual, movimientos del cuerpo y cabeza orientados al otro; espacio interpersonal adecuado y **otras:** protege sus derechos, respeta a los demás y logra sus objetivos sin ofender; satisfacción consigo mismo; expresión franca y abierta; permite al otro saber que se le compren-

**\* En general, el arte de la dicción, consiste en:**

**15.1. Dominar los nervios:** los seres humanos, tiemblan y se entremecen antes de una intervención pública. La tensión nerviosa produce secreción de adrenalina que tonifica las funciones de cuerpo y mente. El nerviosismo previo es inevitable y preciso, pero debe controlarse. Al empezar a hablar, nervios e inquietud desaparecen por sí mismos. Si fija sus ojos en quienes le escuchan, éstos se concentrarán en sus palabras y dejarán de prestar atención a sus errores (boca seca, temblorosa...).

Algunas **sugerencias** son: adoptar la postura que mejor le vaya (cambiarla si lo desea), beber agua antes de intervenir, sin olvidar que la seguridad se alcanza con: preparación y entrenamiento; evitar: el alcohol, las drogas, jugar con el bolígrafo, dar golpes con el lápiz o dibujar en un papel.

**15.2. Estilo personal:** la clave del éxito radica en: conocer el tema, usar técnicas adecuadas y marcar la exposición con el sello de la propia personalidad. W. CHURCHILL decía "Si pronuncio un discurso de dos horas, empleo 10 minutos en su preparación. Si el discurso es de 10 minutos, tardo dos horas en prepararlo".

**15.3. Interrupciones:** son un desafío a la capacidad y prueba al temple, que puede despertar la simpatía del público. Mantener la dignidad. Si con tranquilidad y firmeza pide le escuchen, se ganará un sonoro y merecido aplauso. Si los alborotadores le ponen nervioso, haga una pausa, sonría y conserve su ecuanimidad.

**15.4. Control del tiempo** (sepa usarlo y logrará éxito en sus discursos) y **entrenamiento** para lograr éxito.

**16. Componentes lingüísticos:** la comunicación por el habla depende del canal audiovisual, pudiendo afectar el significado de lo que se dice y la recepción del mensaje. Algunas señales vocales comunican mensajes por sí mismas, otras se encuentran muy relacionadas con el contenido

aburrimiento o tristeza; dinamismo y extroversión, al cambiar tono e inflexión durante una conversación. Las variaciones de tono regulan el ceder la palabra e indican el final de una expresión afirmativa o de una pregunta.<sup>10</sup>

**16.6. Fluidez/perturbaciones del habla:** las vacilaciones, falsos comienzos y repeticiones son normales en conversaciones diarias. Sin embargo, las perturbaciones excesivas pueden causar: inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad. Pueden considerarse tres clases de perturbaciones del habla: Empleo excesivo de "palabras de relleno" durante las pausas; repeticiones, tartamudeos, pronunciaciones erróneas, omisiones y palabras sin sentido y muchos períodos de silencio.<sup>11</sup>

La experiencia ayuda a dar a las pausas la extensión precisa: al comienzo y final del discurso, en medio de una frase (para enfatizar un punto importante) y después de una interrupción.

**16.7. Tiempo del habla:** se relaciona con: la asertividad, la capacidad para enfrentarse a situaciones y el nivel de ansiedad social. CABALLO y BUELA (1989) encontraron que el tiempo de habla (junto con la mirada) era elemento de relación elevada y que diferenciaba a sujetos de alta y baja habilidad social.

**16.8. Velocidad:** si habla lentamente, los que escuchan se impacientan o aburren y, si es rápidamente, habría dificultades para entender. KNAPP (1982) señala que la velocidad normal es: 125-190 palabras por minuto y que la comprensión disminuye cuando ésta se encuentra entre 275-300 palabras por minuto.

**16.9. Componentes del habla:** COOLEY y HOLLANDSWORTH (1977) han desarrollado un enfoque ("estrategia de los componentes"), para enseñar el contenido verbal apropiado al enfrentarse asertivamente con diferentes situaciones, que agrupan en tres categorías: **Decir "no"**

---

<sup>11</sup> Según un dicho popular "el silencio es oro". Si es inadvertido, no significa nada pero, cuando más se prolonga, más fuerte es la tentación de romperlo.

permanece de pie o el porte al caminar revela actitudes y sentimientos hacia: sí y los otros.<sup>14</sup>

**3. Orientación corporal:** grado en que hombros y piernas de un sujeto se dirigen hacia, o se desvían de la persona con quien se comunica.

**4. Automanipulaciones:** conducta de tocar nuestros cuerpos que proporcionan señales genuinas con respecto a nuestro estado de humor. El autocontacto es movimiento que procura bienestar (...) acto mímico inconsciente de ser tocados por otro (MORRIS, 1977).

**5. Gestos:** modos de expresión que indican distintos estados emocionales y dimensión cultural del comportamiento no verbal. Pueden ser: convencional (para quienes comparten igual cultura) y no convencional (si acentúan el contenido del mensaje verbal o lo sustituyen en situaciones en que resulta difícil usar palabras, etc): dedos que se cruzan y manos que se retuercen son signos de azoramiento/angustia; puño cerrado sobre el pulgar y brazos cruzados expresan repliegue de uno mismo.<sup>15</sup>

**6. Movimientos de piernas/pies:** sentados, escapan al control deliberado (la atención se concentra en la cara) y **movimientos de cabeza,** muy visibles, pero que transmiten información limitada. El asentimiento y sacudida de cabeza se encuentra en todas las culturas e incluso los ciegos, sordomudos y sujetos con retraso mental, lo realizan, lo que hace pensar que podría ser un gesto innato (MORRIS, 1977).

---

<sup>13</sup> Para hablar correctamente en público, puede ser útil el estudio del libro clásico de DALE CARNEGIE: "Cómo ganar amigos" y el "Mono desnudo" de D. MORRIS.

<sup>14</sup> MENRABIAN (1968) indica cuatro posturas: acercamiento (postura atenta con inclinación del cuerpo hacia delante), retirada (postura de rechazo, con: retroceso, echarse hacia atrás o volverse hacia otro lado), expansión (postura arrogante/despreciativa, con: expansión del pecho, tronco erecto o inclinado hacia atrás, cabeza erecta y hombros elevados) y contracción (postura depresiva: tronco hacia adelante, cabeza y pecho hundidos, hombros que cuelgan ...).

<sup>15</sup> EKMAN y FRIESEN (1974) señalan que los movimientos de las manos pueden servir como: Emblemas (movimientos conocidos por los miembros de una cultura (aplaudir, asentir con la cabeza, etc.), que pueden ser reemplazados por 1-2 palabras o una frase), adaptadores (movimientos que se usan para: satisfacer necesidades corporales, desarrollar contactos, etc.) e ilustradores (movimientos unidos con el habla que ilustra lo que se dice verbalmente).

ciones (además de área importante y compleja de la comunicación no verbal y parte del cuerpo que más se observa en la interacción). A través de ella, podemos comunicar: la inclinación, comprensión o implicación; estado emocional del interlocutor, etc. La cara es "sensor" instantáneo de los cambios en una interacción social ("feed-back" continuo efectivo para los interlocutores). ALBERTI y EMMONS (1978) señalan que las conductas habilidosas requieren expresión facial de acuerdo con el mensaje. Si ésta es de miedo o enfado, no tendrá éxito.<sup>19</sup>

**9.2. Labios:** Carnosos (gula), delgados (artería), firmes (energía); **mandíbula:** Ancha (confianza en sí mismo), estrecha (timidez), angulosa (actividad), redondeada (dulzura) y en ángulos rectos (firmeza); **mentón:** ancho y cuadrado (brutalidad), puntiagudo (astucia), redondeado (bondad), en forma de zueco (valentía), recto (templanza) y huidizo (prudencia) y **boca:** ancha (elocuencia), estrecha (mezquindad), cerrada (dominio de sí mismo), entreabierta/sonriente (vanidad) y abierta (necedad).

El área en torno a la boca contribuye a la interpretación, variando según esté vuelta hacia arriba ("agrado") o hacia abajo ("desagrado"). La personas saben fingir una expresión pero no saben: cómo hacerla surgir súbitamente, cuánto tiempo mantenerla, o con qué rapidez hacerla desaparecer.

### 9.3. La sonrisa:

"Una sonrisa puede suavizar un rechazo, comunicar una actitud ami-

---

<sup>18</sup> Existe un "lenguaje" del contacto corporal, con diferentes grados de presión y contacto que señalan estados emocionales o actitudes interpersonales. CHESLIN (1974), indica distintas clases de tacto: Funcional/profesional (considera a otras personas un mero objeto), cortés/social (su finalidad es afirmar la identidad de la otra persona como perteneciente a la misma especie), amigable (se reconoce el carácter único del otro y se expresa afecto por esa persona) e íntimo/de amor (la otra persona es objeto de nuestros sentimientos).

<sup>19</sup> EKMAN y FRIESEN (1975), señalan seis expresiones de emociones universales e innatas (sorpresa, alegría, tristeza, ira y desprecio) y tres áreas de la cara (frente/cejas, ojos/párpados y parte inferior de la cara -en torno a la boca-) responsables de su manifestación y muestran una relación de estilos inapropiados de expresiones faciales: Retraídos, reveladores, expresivos involuntarios, expresivos de afecto congelado, etc.

tosa, hostil y temerosa, mientras que desviar la mirada va unido a la timidez, superioridad ocasional o sumisión cabizbaja (WILKINSON y CANTER: 1982) y el contacto visual es señal de implicación; desviar la mirada, deseo de evitar el contacto.

Según KNAPP (1982), **se mira más** cuando se: está físicamente lejos del compañero y/o interesado en sus reacciones, habla de temas triviales, impersonales, posee un status superior al interlocutor, se es extrovertido, se tiene necesidad de inclusión y se está escuchando (...) y **menos** en los casos contrarios.

**9.6. Dilatación pupilar:** las pupilas humanas aparecen como dos puntos negros en el centro del iris y se dilatan o contraen (de forma no consciente) según la luz que les llega y por cambios emocionales (dilatación con lo que estimula nuestro interés y contracción al observar lo que rechazamos). HESS y PETROVICH (1978) señalaron **causas de la variación pupilar:** reflejo ante la luz, relajación, alcohol, preferencia sexual, tamaño de la pupila, ansiedad, etc.

**10. Atractivo físico:** "aquello que mejor representa el propio concepto del ideal sobre la apariencia y que proporciona el mayor placer a los sentidos" (HASTFIELD y SPRECHER: 1986), es una señal informativa usada frecuente y consistentemente.

**11. Apariencia personal:** El estilo de vestir, peinado, adornos, etc., introducen matizaciones en la comunicación. El atractivo y percepciones del otro, se basan en componentes (vestido, físico, cara, pelo y manos).

La apariencia tiene poderoso efecto sobre las percepciones y reacciones de los otros (ARGYLE, 1975).<sup>21</sup>

**12. Retraimiento:** inquietud, repliegue o incompreensión, dificultan el intercambio y quien los manifiesta se mantiene a distancia, retrocede o se retira; En posición sentada, la retirada se expresa por cruzamiento (de brazos y/o piernas, piernas replegadas bajo la silla, retirada excesi-



**BIBLIOGRAFÍA.**

- E. ANDER-EGG: **Perfil del animador sociocultural**, Humanitas, Instituto de CC.SS., 1987.
- BIBLIOTECA DEUSTO DE DESARROLLO PERSONAL (Bilbao, 1992):
  - **Cómo obtener y mantener el éxito personal y profesional.**
  - **Cómo hablar en público.**
  - **Cómo dialogar de forma constructiva.**
  - **La Comunicación oral y escrita.**
  - **Fundamentos de Organización y dirección general.**
- BIRKENBIHL: **Formación de Formadores**, Paraninfo, Madrid.
- V.E. CABALLO: **Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales**, Siglo XXI de España Editores, S.A., 1993, Madrid.
- T. DEVERS: **Aprenda a comunicarse mejor**. Grijalgo, 1990. Barcelona.
- **DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA**, 1994, Madrid.
- F. GAUQUEIN: **Saber comunicarse**, Mensajero, Bilbao.
- GÓMEZ-LACAYO DE MACÍAS, M.: **Hacia un Trabajo Social liberador**, Buenos Aires, Humanitas.
- A.H. MASLOW: **Motivación y personalidad**, Sagitario, Buenos Aires.
- H. MINTZBERG: **La estructuración de las organizaciones**, Ariel, Barcelona, 1988.

# **PROGRAMA JOVEN DE SEXUALIDAD EROS. LA INTERVENCIÓN EN ACTITUDES A TRAVÉS DE LA RADIO DESDE UN PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA.**

**Beatriz Monteagudo del Riego.**  
Diplomada en Trabajo Social.

**Joaquín Villa Bruned.**  
Psicólogo.

## **RESUMEN.**

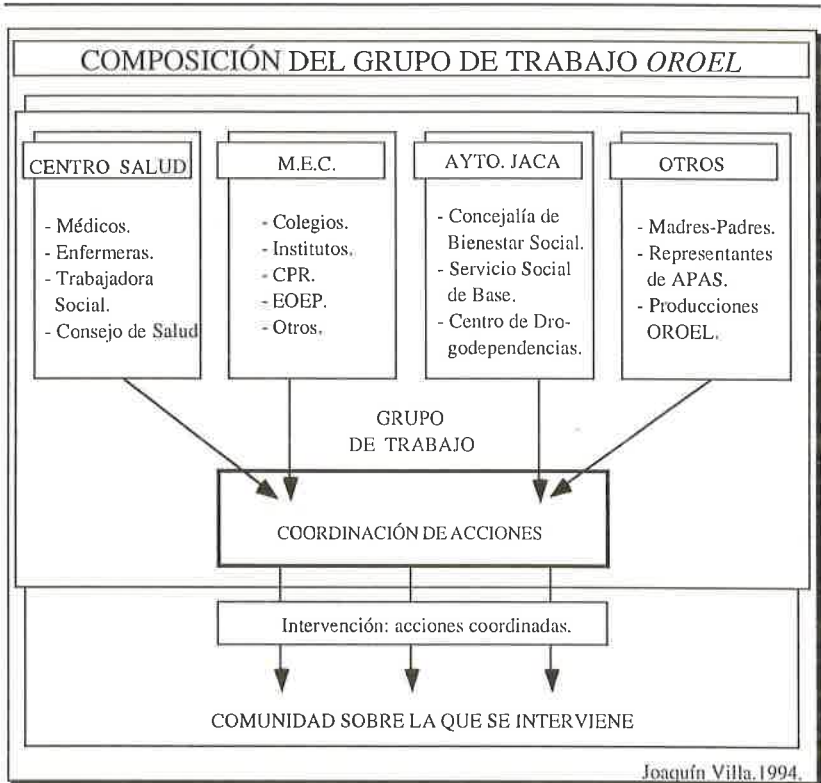
*En este artículo exponemos una experiencia de trabajo llevada a cabo en el ámbito de la educación afectivo-sexual y utilizando la radio como soporte principal.*

*Esta experiencia ha sido desarrollada en el seno de un proyecto más amplio, el Proyecto OROEL de Intervención Comunitaria en Salud. Sólo en el marco de este proyecto puede entenderse el enfoque dado al Programa de Sexualidad.*

*Se hace necesario, por tanto, explicar, aunque sólo sea brevemente, qué es el Proyecto OROEL, para después detenernos en el Programa EROS, analizando la forma en que nuestra propuesta de intervención actitudinal en sexualidad pudo desarrollarse a través del lenguaje radiofónico, y cómo esto se integra en el marco de la Intervención Comunitaria.*

# Documentos de Trabajo Social

## D T S



Esa organización cuenta con dos puntos de apoyo necesarios: el del apoyo institucional, y el de los medios de comunicación, fundamentalmente locales.

### **Objetivos** del Grupo Oroel:

1- En relación al Proyecto:

- diagnóstico de los problemas de salud.
- diseño de las acciones y de la evaluación.
- coordinación de dichas acciones.

de la conducta es el que puede explicar su estabilidad y mantenimiento.

**3. Proceso de reequilibración de la ecuación conductual:** si la intervención se dirige a la dimensión individual de la conducta, los efectos inmediatos pueden ser eficaces. Pero surgen problemas con el mantenimiento y generalización del comportamiento. Esto se explica porque al actuar sobre la dimensión individual introducimos un elemento de desequilibrio, con lo que todo el sistema busca una nueva situación de equilibrio. Si intervenimos sobre la conducta individual, y también sobre el contexto (demandas sociales), el sistema de nuevo se reequilibrará, pero en el sentido esperado. Como dice José Bermúdez, «lo que estamos sugiriendo es la conveniencia de enriquecer las estrategias de intervención, que nos ofrece la psicología científica, recogiendo la **dimensión ecológica** del comportamiento».<sup>1</sup>

### **3.1.2. Psicología Comunitaria: El Modelo de la Competencia.**

Hablar del Modelo de la Competencia supone retomar la idea ya enunciada de intervenir en lo individual, y al tiempo desarrollar los recursos de la comunidad. Este modelo, propuesto por Albee, y retomado por Costa y López (1989) pretende **dos objetivos**:

**a) Promover la competencia individual:** la intervención se centra más en los recursos del individuo que en sus déficits.

**b) Desarrollar comunidades y organizaciones competentes.** Está comprobado que el sistema escolar tiende a rechazar las redes informales de alumnos y alumnas, mientras que sí atiende a otras redes formales menos competentes a nivel social y de grupo. Desde el Proyecto Oroel se quiere tener en cuenta dichas redes (antes de cualquier acción con un grupo-clase se propone la aplicación de un sociograma)

---

<sup>1</sup> BERMÚDEZ, José. 1992. *Psicología de la Salud: Programas preventivos de intervención comunitaria*. Master en terapia de Conducta. Madrid, UNED-Fundación Universidad Empresa.

# Documentos de Trabajo Social

## D T S

### 3.1.3. El Enfoque Sistémico.

Uno de los enfoques para abordar los problemas de salud es el sistémico: un individuo, una familia, una comunidad, una sociedad... forman un todo, con propiedades irreductibles. Cada pequeño sistema es más que la suma de sus partes, es algo mucho más complejo.

El enfoque convencional de planificación, el analítico, resulta demasiado simplista para afrontar situaciones complejas, así que... "Ya que el carácter fundamental de un objeto viviente es su organización, el acostumbrado examen de las partes y procesos aislados no puede darnos una explicación completa de los fenómenos vitales" <sup>3</sup>.

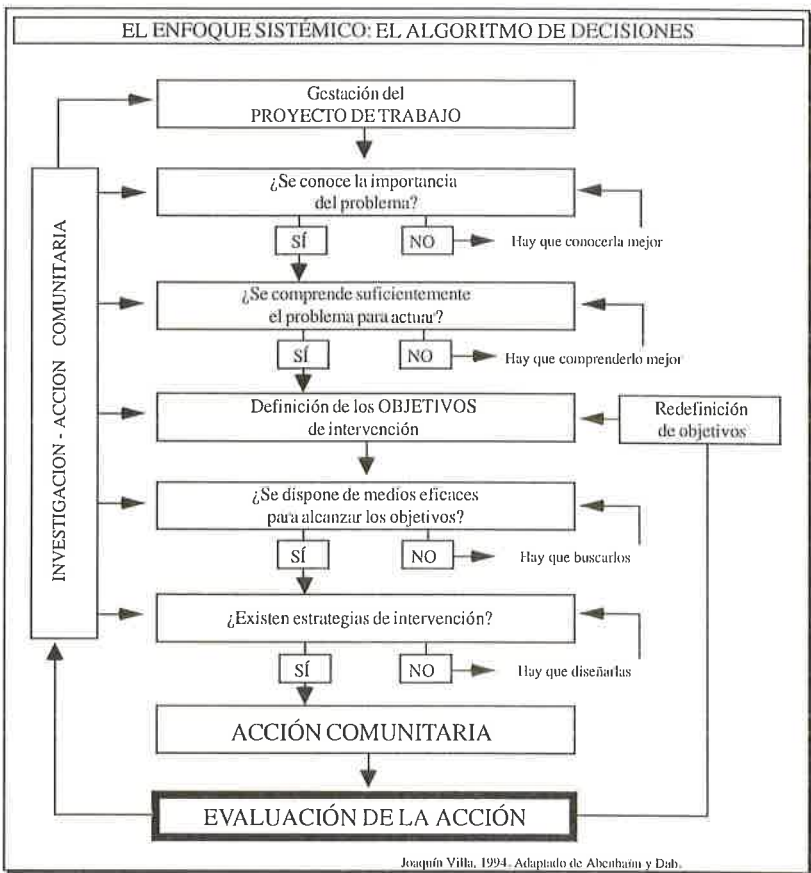
Las diferencias básicas entre el enfoque analítico y el sistémico podemos encontrarlas en el cuadro comparativo siguiente: <sup>4</sup>

ENFOQUE ANALÍTICO versus ENFOQUE SISTÉMICO	
Se centra sobre los elementos o partes de un todo.	1. Se centra en las interacciones, une los elementos de un todo.
Se apoya en la precisión de los detalles.	2. Se apoya en la percepción global.
Considera la naturaleza de las interacciones.	3. Considera los efectos de las interacciones.
Considera los fenómenos reversibles e independientes del tiempo.	4. Integra el tiempo y la irreversibilidad.
Proporciona una enseñanza por disciplinas.	5. Proporciona una enseñanza pluri o multidisciplinar.
Lleva a cabo acciones programadas hasta en sus últimos detalles, mientras que los fines no están definidos con suficiente claridad.	6. Lleva a cabo acciones por objetivos; se dirige al conocimiento de los fines, sin precisar los detalles.

Joaquín Villa, 1994.

# Documentos de Trabajo Social

## D T S



### 3.2. LA INTERVENCIÓN ACTITUDINAL.

El modelo de intervención del Proyecto Oroel se basa, fundamentalmente, en intervención actitudinal. Ésta es aquélla que va dirigida a las actitudes de una persona o un grupo de personas, de cara a reforzarlas, o de cara a crear en ellas otras alternativas y más adaptativas.

Diversas ramas de la psicología vienen a concluir que son dos los antecedentes básicos de toda conducta: la actitud, y la motivación. La motivación, los motivos son más específicos, y menos permanentes en

# Documentos de Trabajo Social

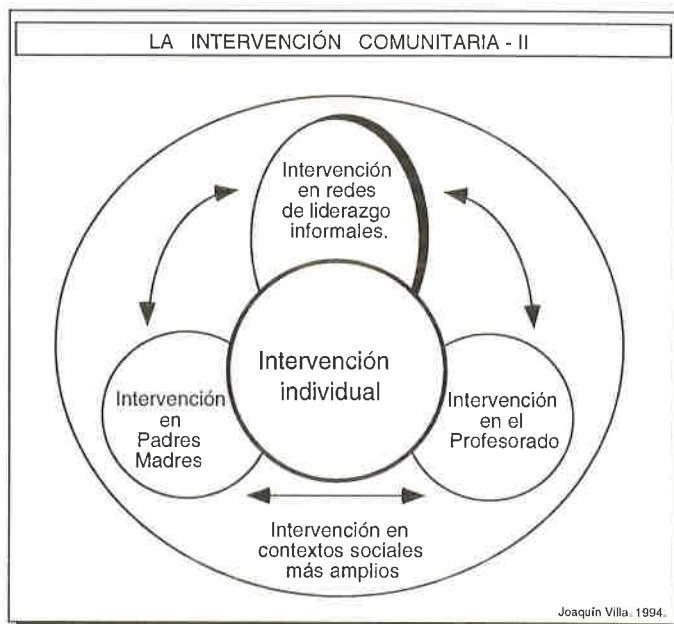
## D T S

<i>Componente Actitudinal</i>	<i>Métodos globales</i>	<i>Técnicas específicas</i>
C Perceptivo-cognitivo.	Técnicas grupales para indagar sobre formas de representación simbólica.	-Role-playing. -Psicodrama. -Grupos de discusión.
	Técnicas de desarrollo moral.	-Clarificación de valores. -Entrenamiento de habilidades comunicativas. -Role-playing. -Autorregulación.
	Experimentación.	Adaptada a cada programa.
C Emotivo-afectivo.	Técnicas para potenciar la lateralización hemisférica derecha.	-Experimentos. -Brainstorming. -Role-playing. -Pensamiento visual. -Fantasía visual. -Metáfora. -Lenguaje poético. -Música.
	Estrategias de autocontrol emocional.	-Respiración profunda. -Relajación progresiva. -Entrenamiento de autoinstrucciones. -Parada de pensamiento. -Imaginación emotiva. -Resolución de problemas. -Y otras...
	Autoconcepto-autoestima.	
C Predisposición conductual.	Entrenamiento en habilidades sociales.	
	Entrenamiento en estrategias de generalización.	
	Resolución de problemas.	

# Documentos de Trabajo Social

## D T S

Debemos matizar que la intervención sistemática con jóvenes -y salvo excepciones- no se hace directamente desde el Proyecto, sino a través de padres y profesores, ya que es la única manera de que pueda generalizarse (ver esquema siguiente)<sup>6</sup>.



<sup>6</sup> Se ha dibujado con trazo más grueso, e incluso con una superficie mayor, la elipse de las redes de liderazgo estables o informales. Una cosa parece clara (Macía Antón, 1986; Macía Antón y otros, 1993): que no es suficiente con informar, sino que hay que implementar actitudes positivas y teniendo en cuenta que las actitudes se conforman fundamentalmente, y a estas edades críticas, en los grupos sociales de referencia (pandilla, grupo de amigos), y más incluso que en la familia y en la escuela (Basabe-Páez, 1992; Cárdenas García / Moreno Jiménez, 1987) de ahí la importancia de focalizar la intervención de manera especial en ese término de la ecuación. Lógicamente también habrá que intervenir con padres (red familia), y con profesores (red escuela). O incluso, si damos un paso más, lo ideal será conseguir llegar hasta los jóvenes a través de los padres y profesores, intentando que estos últimos intervengan sobre las redes estables. Es la única forma de generalizar la intervención, intentando que un día el Proyecto Oroel ya no sea necesario. Finalmente habrá otro tipo de intervenciones que no se focalizan específicamente sobre los apartados señalados, sino sobre contextos sociales más amplios, a través de medios de comunicación, y que abarcarán la mayor dimensión temporal posible. Ambas pueden ser paralelas, incluso.



- ofreciendo recursos a las redes ya creadas (fundamentalmente grupos de amigos, y también padres, profesores).
- facilitando el acceso a grupos y organizaciones ya creadas (asociaciones deportivas, culturales...).
- y/o creando otras nuevas: redes de autoayuda.

De esta manera se pretende establecer una interacción constante, y a través del Proyecto, entre el grupo de profesionales que lo coordina y la comunidad (ver esquema *La Intervención Comunitaria, I*).

### **5. PROGRAMA JOVEN DE SEXUALIDAD EROS.**

Desde el tercer año de funcionamiento del Proyecto Oroel se empieza a atender, por primera vez de manera específica, la educación afectivo-sexual ; la experiencia, los contactos con la población en general y la juventud en particular, los estudios relacionados con el tema así como nuestro propio Estudio Diagnóstico de la Juventud de Jaca, nos hacían ver la importancia de la educación afectivo-sexual y por tanto la necesidad de que ésta constituyera un objetivo por sí mismo dentro de nuestro Proyecto de Intervención Comunitaria en Salud.

Se crea así una Comisión encargada de este tema y la Comisión empieza a trabajar y estudiar sobre las posibles líneas de intervención.

Era necesario llevar a cabo una actuación en materia de sexualidad, eso estaba claro, lo que todavía no sabíamos era Cómo Hacerlo.

De la reflexión del grupo surgieron dos propuestas: la puesta en marcha de un teléfono de información sexual para jóvenes y una consulta directa, también para jóvenes. Se trataban éstas, de actuaciones que ya se venían realizando en otros puntos del país, con resultados bastante positivos. Teníamos ahora que adaptarlas a nuestro contexto, teniendo en cuenta también los recursos con que contábamos. Es así como, tras

pósito de facilitar la acción, también permite al profesional que piensa sistémicamente, optar por una actuación muy particular, no hacer nada o retrasar la acción.

En nuestro caso, decidimos posponer la puesta en marcha del teléfono. Eran necesarias previamente otras actuaciones que quizás iban a preparar el camino para su posterior puesta en marcha, o que quizás iban a dirigirnos hacia otro tipo de intervención.

Es en este momento cuando nace la idea de lo que ahora llamamos Programa Joven de Sexualidad EROS.

Con este programa pretendíamos atender una necesidad conocida en la población joven de nuestra comarca y a la vez realizar un trabajo de sensibilización con padres/madres y profesorado, al objeto de que a medio-largo plazo fueran ellos los que asumieran el protagonismo de la educación afectivo-sexual de los jóvenes.

Así mismo, para el grupo de trabajo Oroel, el programa EROS constituía una forma de aproximación al campo de la sexualidad, en el que cada miembro tenía una formación muy distinta. La preparación de los programas de radio se iba a convertir en una herramienta importante de este proceso.

Una vez más el enfoque sistémico ayudaba a orientar nuestra intervención: al mismo tiempo que atendíamos una necesidad de los jóvenes, incidiríamos en la percepción que el profesorado y los padres/madres tienen de esta necesidad, así como en la percepción de la Comunidad en general; del mismo modo, utilizábamos esta acción para que el grupo de trabajo Oroel pudiera iniciar un proceso de unificación de criterios, puesta al día, etc., en materia de sexualidad, de hecho ésta era la primera vez que el Proyecto Oroel atendía de forma sistemática el objetivo de la educación afectivo-sexual.

Nuestra intervención estaría marcada por una percepción global del problema, así como por la importancia dada a la interacción de los ele-

El diseño de los programas radiofónicos era el siguiente:

- Presentación: consta de cabecera, grabada por un grupo de jóvenes, y sintonía, compuesta específicamente por J. Villa.
- Informe técnico.
- Pequeños debates.
- Conclusión: resumen breve de las intervenciones.
- Consultorio: respuesta a preguntas formuladas a través de los buzones de sugerencias.
- Despedida y anuncio del tema de la semana siguiente.

Si las emisiones radiofónicas constituyen el medio principal, no por ello son las únicas intervenciones del Programa EROS; otras actuaciones han sido: inserción de artículos en prensa (principalmente prensa local), elaboración de material didáctico con el material procedente de las emisiones de radio, reuniones previas de preparación con comisiones de delegados de curso de los Institutos, equipos directivos de Centros Escolares, APAs, Concejala de Acción Social, Coordinador del Centro de Salud, Casa de la Juventud,...

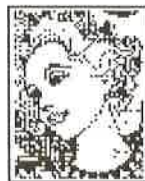
## 5.2. LOS SUJETOS AGENTES DEL PROGRAMA EROS.

A nivel del Proyecto Oroel, la **comisión de coordinación** está formada por las dos personas que han diseñado el programa: Beatriz Monteagudo y Joaquín Villa. Pero se implican la mayor parte de los profesionales de dicho Proyecto; se trata de un Programa a realizar de manera conjunta por el grupo motor del Proyecto Oroel.

### 5.3. OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA EROS.

Facilitar actitudes y comportamientos positivos con respecto a la sexualidad, especialmente en jóvenes, y también en padres-madres, profesorado, y de manera más indirecta en la población en general.

#### Objetivo general del Programa EROS.



Facilitar actitudes y comportamientos positivos con respecto a la sexualidad, especialmente en jóvenes, y también en padres-madres, profesorado, y de manera más indirecta en la población en general.

### 5.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Ofrecer a las y los **jóvenes adolescentes** recursos y estrategias para que sean capaces de vivir una sexualidad más sana y positiva. No estamos hablando sólo de dar información, sino de algo más amplio y profundo: de intervención en actitudes.
- Sensibilizar a **padres-madres y profesorado** con la importancia de vivir una sexualidad sana, y con la idea de que ellos deben ser los verdaderos protagonistas de la educación afectivo-sexual (ver en el esquema anterior cómo las flechas de la intervención sobre ambos colectivos aca-

## 5.6. EN QUÉ CONSISTE LA INTERVENCIÓN ACTITUDINAL.

Remitimos al epígrafe 3.2. Tan sólo señalar como ejemplo:

- Componente perceptivo-cognitivo: por un lado creencias, falacias en torno a la sexualidad, y por otro las fantasías sexuales.
- Componente emotivo-afectivo: lo que uno siente.
- Componente de predisposición conductual: besar o no saber si besar, hacer el amor o evitarlo...

## 5.7. UNA VISIÓN GLOBAL DE LA SEXUALIDAD HUMANA.

Hemos asumido, para el programa EROS, el concepto de sexualidad que defiende el INCISEX (Instituto de Ciencias Sexológicas), institución que ofrece suficientes garantías, ya que es la que forma a buena parte de los sexólogos de este país. Distinguimos tres aspectos básicos, pero interrelacionados, que definen en conjunto la sexualidad: sexuación, sexualidad y erótica. Veamos.

- La **sexuación** se refiere al hecho de que, desde la concepción, adquirimos una estructura que hace que cada cual seamos hombre o mujer; supone un proceso dinámico, que además posee momentos decisivos: embarazo (fecundación), pubertad... Luego SEXO no es algo que se tiene, es algo que se ES.
- La **sexualidad** es el resultado vivencial del proceso de sexuación, es la manera propia de verse, sentirse y vivirse como ser sexuado.
- La **erótica** es la expresión (conducta), como hombre o como mujer. Y debemos considerar la conducta en sus tres niveles de respuesta anteriormente ya enunciados: cognitiva, fisiológica y conductual. Las fantasías -lo decíamos antes- son un ejemplo respuesta sexual de tipo cognitivo.

círculo).

### **5.8. NUESTRA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN A TRAVÉS DE LA RADIO.**

Una vez elaborada nuestra propuesta de intervención, tal y como queda reflejada en el esquema anterior, nos planteamos la necesidad de analizar la forma en que ésta iba a poder ser desarrollada, teniendo en cuenta el medio a través del cual se llevaría a cabo la intervención: la radio. ¿Cómo conseguir incidir en cada uno de los cruces de los ejes a través de unas emisiones radio-fónicas?.

Si observamos el esquema del epígrafe 3.2. (La intervención actitudinal), vemos que la mayoría de las técnicas utilizadas para abordar cada uno de los componentes actitudinales, son técnicas grupales que difícilmente pueden realizarse si no es en el trabajo directo con un grupo.

Era necesario **adaptar** todo esto al medio radio.

Con este sentido se elaboró un documento<sup>8</sup> interno que contenía diversas claves útiles para la preparación de los distintos programas de radio, algunas de las cuales exponemos a continuación:

A- Condiciones generales:

1- Expresar que se responde a las necesidades de los jóvenes:

- usar la 2ª persona del plural.
- exteriorizar que respondemos a sus propuestas.

2- Dar credibilidad, sin caer en el rol de experto:

---

<sup>8</sup> VILLA BRUNED, Joaquín (1996). *Un secreto entre tú y yo*. Inédito.

Si abordamos algún aspecto de expresión de la propia sexualidad -erótica- indicando una secuencia que facilite y predisponga a la conducta en sí, podemos hacer referencia a una habilidad concreta (importancia de mirar a los ojos de la otra persona), presentar un ejemplo en el que más que narrar, se describe una secuencia de acciones que el modelo realiza (p.ej. en una petición de cita: abstenerse de pedir la cita, al menos hasta pasados 10 min. de interacción positiva con la otra persona, durante la interacción: mantener contacto visual, mostrar afecto, hacer cumplidos,...).

En definitiva, por medio de una serie de ejemplos, mostramos cómo era posible incidir en los distintos cruces de ejes, al fin y al cabo, cómo podíamos realizar la intervención actitudinal en sexualidad a través del lenguaje radiofónico.

### **5.9. MECANISMOS DE RETROALIMENTACIÓN.**

Por lo comentado antes se puede comprobar que el Programa EROS usa fundamentalmente el medio radio, pero no como un mecanismo unidireccional, sino como estrategia de intervención comunitaria, a través de la cual los sujetos objetivos del Programa se convierten a su vez en sujetos agentes. Para ello se han diseñado diversos mecanismos de retroalimentación:

- Creación de una comisión en cada IES (Instituto de Enseñanza Secundaria), encargada de hacer de puente entre nosotros y el resto de los alumnos, así como de conseguir jóvenes para que participaran en las emisiones y aportaran sus puntos de vista.
- La Comisión de uno de los IES se encargaba también, todas las semanas, de la colocación de los carteles monotemáticos (anunciadores de cada emisión radiofónica), así como de la recogida de las cartas dejadas en los buzones de sugerencias.
- Grabación de la cabecera para la emisión de radio con un grupo-clase de un IES.

última instancia, una visión más sana de la sexualidad. Al mismo tiempo, todo esto se lograba en un marco en el que la propia comunidad era la protagonista de su proceso de cambio, nosotros como profesionales sólo éramos los facilitadores de ese proceso.

### **5.12. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA EROS.**

Difícilmente pueden verse los resultados obtenidos tras el corto período de funcionamiento del Programa EROS (dos meses y medio), por ello nos planteamos evaluar sólo ciertos aspectos del Programa, que pudieran servirnos para conocer la repercusión del mismo en el sector al que nos dirigíamos de una manera especial, los/las jóvenes; para esto utilizamos un cuestionario (Cuestionario Psique) que indagaba sobre aspectos como: cuántos programas de radio habían escuchado, utilidad de los programas, puntuación a cada parte de los programas, deseos de continuación para curso próximo. Se trataba fundamentalmente de ver qué aspectos tendríamos que modificar para el curso siguiente.

En cualquier caso, la aplicación del Cuestionario Psique no cumplió los requisitos mínimos ( por final de curso, épocas de exámenes, prevenciones) por lo que los resultados han de interpretarse con excesivas precauciones. Algunas de las conclusiones que podemos destacar son:

- Las chicas son las que más programas han escuchado. Probablemente la creencia de ya saberlo todo está más arraigada en ellos que en ellas.
- Los programas han resultado más útiles para ellos. Parece que las mujeres son más exigentes. Esto mismo nos seguiría apuntando en la dirección de que los chicos poseen más arraigada la creencia de saberlo todo, mientras que las chicas tienen más criterios para poder valorar la utilidad.
- Más de un 60% de chicos y casi un 80% de chicas quieren que el Programa EROS continúe durante el curso 96-97.

Por otro lado, con los datos obtenidos a través de conversaciones



Por último, quisiéramos señalar que el Programa EROS constituye sólo un eslabón más en el proceso que pretende conseguir que la educación afectivo-sexual se encuentre en manos de los que deben ser sus verdaderos protagonistas: la familia y la comunidad educativa.

---

### **BIBLIOGRAFÍA.**

BERMÚDEZ, José. (1992). **Psicología de la Salud: Programas preventivos de intervención comunitaria.** Master en Terapia de Conducta. Madrid. UNED-Fundación Universidad Empresa.

BERTALANFFY, L. / ROSS, W. / WEINBERG, G.M. y otros. (1987, 3ª reimpres.). **Tendencias en la teoría general de sistemas.** Madrid. Alianza.

CARROBLES, José Antonio. (1985). **El modelo comunitario y la posibilidad de integración de diferentes modelos: punto de vista ecléctico.** En Análisis y Modificación de Conducta, tomo II. UNED.

CARROBLES, José Antonio (1992). **Psicología de la Salud: definición y perspectivas.** Conferencia 11 de Abril de 1992, Master Terapia de Conducta. Madrid.

COSTA, M. (1984). **La psicología en la comunidad.** En MISMO AUTOR: **La psicología como ciencia.** Madrid. Ayuso.

COSTA, Miguel / LÓPEZ, Ernesto. (1989). **Salud Comunitaria.** Barcelona. Martínez Roca.

COSTA, Miguel / LÓPEZ, Ernesto. (1982). **La Psicología Comunitaria: un nuevo paradigma.** Papeles del colegio, 2, 17-22.

CHAPDELAINE, A / COSSELIN, P (1992). **La salud contagiosa: pequeño manual para hacer la salud comunitaria.** Madrid. Díaz de Santos.

FERRARI, Anna (1991, a). **La escuela promotora de la salud.** Confe-

**estrategias de intervención. Pirámide.**

VARIOS AUTORES (1986). **Carta de Ottawa para la promoción de la salud.** Conferencia internacional sobre la promoción de la salud. 17-21 de Noviembre de 1986. Ottawa (Ontario), Canadá. OMS / Salud y Bienestar Social de Canadá / Asociación Canadiense de Salud Pública.

VEGA VEGA, J.L. (1986). **Psicología de la Educación. Diccionario de Ciencias de la Educación.** Madrid. Anaya.

VILLA BRUNED, Joaquín (1992, b). **El enfoque sistémico: una reflexión paralela a la intervención.** Inédito.

VILLA BRUNED, Joaquín (1995). **Amanece en Lontananza, I.** Inédito.

VILLA BRUNED, Joaquín (1995). **El Disfrutar de la Vida. Sobre la intervención comunitaria en salud.** Inédito.

VILLA BRUNED, Joaquín (1996). **Un Secreto entre tú y yo.** Inédito.

ZAX, M. / SPECTER, G.A. (1978). **Introducción a la psicología de la comunidad.** México. El Manual Moderno.

**Proyecto OROEL de Intervención Comunitaria en Salud. Estrellas que saben reir.** Memoria Final Año IV (curso 1995-96).

**Proyecto OROEL de Intervención Comunitaria en Salud. Un nuevo horizonte.** Proyecto de Investigación Año V.

---

# CENTRO DE REFORMA DE RÉGIMEN CERRADO.

**Elena Clavijo Pendón.**

Diplomada en Ciencias de la Educación. 4º Curso de Psicopedagogía.

**Victoria Toledo Peña.**

Diplomada en Trabajo Social.

**Inmaculada Vargas Pérez.**

Diplomada en Trabajo Social.

## RESUMEN.

*En el presente artículo intentamos hacer una aproximación a lo que son los centros de reforma, centrándonos en los de régimen cerrado, a partir de una serie de visitas programadas a distintas instituciones en Barcelona (Tilés, Montilivi, Oriol Badía...) dependientes de la Generalitat, y en Murcia, donde conocimos el centro "Arrui", dependiente de la asociación "Diagrama", en Molina de Segura.*

*Son escasos los centros de estas características en nuestra comunidad autónoma. No existe ninguno de chicas, de tal modo que, si se dicta la medida de internamiento en régimen cerrado para una menor, ésta tiene que ser trasladada a otra comunidad.*

diferencia entre los centros privados y los públicos, no sólo a nivel de recursos, que evidentemente es notable, sino también a nivel de filosofía, de línea pedagógica, existe una fórmula común a todos, es decir, una estructura común que responde a los planteamientos y legislación actual en el campo de la Reforma de Menores. Y aquí es donde queremos centrar este trabajo, en ofrecer una visión, quizás "a vista de pájaro" de lo que es un centro de reforma de régimen cerrado, en los que los menores entre doce y dieciocho años cumplen una medida de internamiento que no puede exceder los dos años.

### **UN POCO DE HISTORIA.**

Desde siempre han existido lugares donde se acogían a menores que provenían de las clases más empobrecidas, y que debido a su situación de marginación, se veían involucrados en actos que la sociedad calificaba como delictivos.

Esto no ha cambiado en absoluto. Siguen siendo los menores pertenecientes a las capas más desfavorecidas de la sociedad, mayoría en los centros de Reforma. Lo que sí ha evolucionado notablemente son las medidas que se imponen, la mentalidad y la filosofía desde la que se aborda el problema, y por consiguiente, el tipo de centro donde en situaciones muy determinadas, se ha de cumplir la medida de internamiento.

Algunos aún asociarán el concepto "menor-infractor" con grandes instituciones donde la disciplina y el trabajo eran los medios empleados para corregir conductas. Pero lo cierto es que esas imágenes pertenecen más al cine que a la realidad actual, al menos en nuestro país. Los tiempos de aquellos macrocentros fríos e impersonales, donde la "desviación social", la protección y la enfermedad mental se confundían, quedaron atrás hace años, y como en otros aspectos de la intervención social, hoy se apuesta por un enfoque comunitario en el que las preocupaciones principales son:

1. Desinstitucionalización como marco de tratamiento adecuado.

Ciñéndonos al tema que nos ocupa hoy, es obligado hacer referencia a la Ley Orgánica 4/92 de 5 de Junio sobre la Reforma de la Ley Reguladora de la Competencia y Procedimiento de los Juzgados de Menores, que tuvo carácter de reforma urgente, que adelantaba un paquete de medidas posteriores. En ella se recoge el procedimiento a seguir en el caso de menores infractores, los órganos competentes para actuar y las medidas concretas que se le pueden aplicar al menor, una vez concluido el proceso. Y también la L.O. 1/96 de 15 de Enero de Protección Jurídica del Menor; de la modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, de la que destacamos el Título I: "De los derechos de los menores".

### DE LOS CENTROS VISITADOS.

En Barcelona son varios los centros existentes, dependiendo de los objetivos planteados por los profesionales con la Dirección de Justicia juvenil, y del nivel de colaboración y participación del menor en su propio proceso educativo. En este aspecto, destacamos "Tilés", destinado a la observación del menor durante dos meses, período en el que se han de elaborar los informes médicos, psicológicos (se valora la conducta, la participación, la colaboración, la actitud, etc.) y sociales, y una evaluación global que se envía al Juez para que dicte la medida oportuna a la vista de todos los datos que se han recabado.

El período de observación es común en todos los centros, aunque no en todas las Comunidades cuentan con un "Tilés", especializado para trabajar este período tan delicado del menor interno. En la Comunidad de Murria, por ejemplo, se considera "Período de Observación" las primeras semanas de estancia del joven en la casa y es en este tiempo en el que se elaboran los distintos informes y el Proyecto Educativo Individual (P.E.I.).

Así pues, el Juez no dicta una medida concreta atendiendo sólo al delito cometido, sino que tiene en cuenta los factores socio-familiares, físicos, psicológicos, educativos, etc., es decir, las necesidades del me-

se contemplan casi todos los puntos a desarrollar para la consecución del fin que se persigue. Por ejemplo:

Cumplir la medida de internamiento dictada por el Juez. para que el menor se integre en un proceso educativo adaptado a sus necesidades, con lo que además conseguimos:

- a. Proporcionar un espacio al menor en el que pueda replantearse su vida, conocer las opciones que tiene, etc. apartándolo de la idea obsesiva, a veces, de fugarse, o
- b. Poner los medios para que el menor termine una etapa educativa, o adquiera determinados conocimientos, o
- c. Apartarlo por un tiempo de un medio socio-familiar nocivo para la consecución de los objetivos individuales.

En definitiva, el P.E.C. pretende ser, en este caso, un servicio de intervención individualizada, psicopedagógica y social, para menores con medidas judiciales, organizados en pequeños centros donde residen, reciben educación y llevan a cabo las actividades escolares, de formación laboral y lúdicas.

### ASPECTOS A DESTACAR DEL PEC.

#### 1. Definición de equipamientos, ubicación y entorno sociocultural.-

Es preferible que un centro de reforma esté situado en el medio rural o en la periferia de la capital, porque la separación del menor de su ambiente sociofamiliar le permite obtener una imagen más real y objetiva de su situación.



cia: "Un menor pierde el control y se muestra extremadamente agresivo con un compañero, consigo mismo o con un miembro del personal, de tal modo que se hace necesario "reducirlo", es decir, inmovilizarlo". ¿Quién tiene que hacerlo? Si pretendemos que el educador sea un agente que ayude y colabore en el cumplimiento de esa norma que es objetiva, quizás sea mejor que no se involucre, que no castigue personalmente, lo que no quiere decir que no esquive un golpe o intente imponer la razón. En tal caso lo ideal podría ser que el encargado de "reducir" sea una persona ajena al equipo educativo, es decir, un guardia de seguridad o similar, una persona capaz de inmovilizar al chico o a la chica sin dañarlo. Otra cosa será la sanción, de la que hablaremos más adelante.

Los derechos y garantías del menor se tienen que respetar en su totalidad, siempre que las autoridades judiciales no los hayan restringido o suspendido explícitamente, y éstos deben ser conocidos por todos.

El catálogo normativo es muy amplio. Regula toda la vida del centro, de los profesionales, de los internos, hasta los más mínimos detalles: relaciones con el exterior, visitas, comunicaciones escritas o telefónicas, paquetes, comunicaciones con el abogado o la autoridad judicial, permisos de salida de fin de semana o vacaciones, permisos especiales, información al menor, peticiones, vías de queja y un largo etc.

### **3. Régimen disciplinario.-**

Este punto puede aportar claridad a nuestra insistencia en la objetividad de la norma.

#### **A. Sanciones.**

Las conductas sancionables deben estar muy bien tipificadas, pudiéndose clasificar en faltas muy graves, graves o leves. ¿Qué puede ser considerado muy grave? El listado es largo y posiblemente varíe poco de un centro a otro, incluso de una Comunidad Autónoma a otra. Por ejemplo:

tías personales, las enemistades o la indiferencia).

Este protagonismo de la norma, no impide, en ningún momento, que se puedan revisar las sanciones, si se considera que determinada medida está dañando al menor y, por lo tanto, se impone una modificación y ajuste de esa sanción. Pero siempre tiene que existir acuerdo entre los profesionales que conforman el equipo educativo del que ya hablaremos en el siguiente punto, y éste ser respetado por todo el personal del centro. Es igual que en el caso de la educación de los hijos: si existe disparidad de criterio entre los padres y ésta se pone de manifiesto delante de los hijos, éstos se sentirán confundidos y en el mejor de los casos, aprovecharán las discrepancias en su propio interés aliándose con una parte.

### **B. Recompensas.**

Son tan necesarias como las sanciones, porque los actos del menor que pongan de relieve buena conducta, participación activa, espíritu de trabajo, sentido de la responsabilidad, etc., se tienen que estimular para que el joven se sienta considerado y animado en sus progresos.

Las recompensas van desde la reducción de la medida, si se ve conveniente (no hay norma fija), hasta la adquisición de mayores responsabilidades dentro del centro.

## **4. Tipología profesional.-**

El centro debe contar, como mínimo, con los siguientes profesionales: médico, psicólogo, educadores, trabajador social, profesores (primaria y E.S.O.), maestros de oficio, personal administrativo, personal de servicio y de seguridad, además del Director, que tiene un papel esencial de cara al exterior y al propio funcionamiento interno.

De ellos destacamos el papel del trabajador social que hace de enlace entre la institución y la familia, y desempeña su tarea, fundamentalmente fuera del centro. Sus funciones son:



res ocupacionales, las tareas cotidianas, el dinero de bolsillo, el tiempo libre, la asamblea de menores o las tutorías!

Las programaciones se realizan para el grupo y para cada miembro en particular. A través de ellas, se trabajan las habilidades sociales, educación sexual, prevención de toxicomanías, el nivel socio-afectivo, búsqueda de recursos y empleo, de tiempo libre, de deportes, de habilidades domésticas, etc.

### **REFLEXIÓN FINAL.**

El tema, como se puede comprobar, es bastante amplio y complejo. En cualquier caso, esto sólo pretende ser una aproximación que, pensamos, puede ser interesante para "abrir boca" si uno siente interés por el tema.

Y quiere ser también, una reflexión en voz alta en torno a la mentalidad desde la que se aborda esta realidad, porque cuando nos aproximamos a la delincuencia juvenil nos topamos con un aspecto que, a menudo, resulta chocante y es el del lenguaje.

Hemos pretendido, en todo momento, cuidar con delicadeza el lenguaje empleado porque a través de él, por el mero hecho de emplear un término u otro, ya se expresa una determinada ideología o postura ante el tema.

No es igual hablar de "joven delincuente" que "menor infractor"; no es igual decir "centro de Reforma" que "reformatorios" y no es igual hablar de "sanciones" que de "castigos", o de "Habitación de reflexión/aislamiento" que de "celda de castigo". Y no es que pretendamos blanquear el lenguaje, utilizar eufemismos o términos más profesionales. No. Lo que hemos intentado exponer, a lo largo de este artículo, es un cambio conceptual, un cambio de signifiante y de significado, una filosofía, que no es nuestra obviamente, sino que es la corriente de pensamiento que hoy impregna la Política de Reforma.

---

# PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA ALTAS PROBLEMÁTICAS.

**Mariano Sánchez Robles.**

Diplomado en Trabajo Social. Hospital G. B. de Motril (Granada).

## RESUMEN.

*Posiblemente las Altas Problemáticas en un Hospital sean las situaciones que generan una mayor ansiedad en un Trabajador Social pues, unida a la premura de tiempo, nos encontramos con la práctica inexistencia de recursos a aplicar ante estas situaciones, lo que origina una dinámica "desesperada" en busca del recurso "perdido".*

*Intentar que uno de estos dos factores negativos se ponga de nuestra parte es tarea ardua difícil, pero no imposible, y aquí es donde entra en juego este Protocolo.*

*La anticipación, la prevención, el "verlos venir" es la terapia que aquí se recomienda y que se pretende plasmar en la realidad diaria con este trabajo.*

*Otra cosa es que el mismo sea asumido, aceptado o puesto en práctica de la forma más efectiva. Ahí ya, el trabajo diario de cada uno/a tendrá mucho que decir.*

y coherencia, con profesionalidad y eficacia la problemática que pueda presentar el Alta de los usuarios de nuestro Hospital.

Para ello creo necesario invertir la dinámica cronológica existente hasta ahora: el paciente que es dado de Alta, pasaba a ser problemático y, un día antes u horas antes de salir del Hospital es derivado a la Unidad de Trabajo Social para que ésta "resuelva" su "problema social".

La filosofía del P.A.P. es justamente la contraria: hay que intervenir y ayudar al enfermo problemático para conseguir su Alta, antes de que ésta se produzca o al menos con la antelación suficiente y el margen de tiempo necesario para poder intervenir en el caso de forma realmente profesional, idónea, y no "remendando" y "parcheando" las situaciones.

### **DENOMINACIÓN.**

Protocolo de prevención y planificación de Altas Problemáticas (P.A.P.) a desarrollar, en mi caso, en el Hospital General Básico de Motril (Granada).

### **ANTECEDENTES.**

Este P.A.P. tiene su mayor y mejor exponente y antecedente en el Programa de Planificación de Altas llevado a cabo, desde hace ya varios años, por el Departamento de Trabajo Social del Hospital General de Manresa (Barcelona).

Lo único que aquí se hace es adaptar dicho programa a la realidad de este Hospital G. B. de Motril (Granada), con nuestros medios y recursos, tanto humanos como materiales. Hay que tener en cuenta que el Departamento de T. S. del H. de Manresa (248 camas), cuenta con una Trabajadora Social como Jefa de Servicio (Dolors Colom) y cuatro Trabajadores/as Sociales, además de una Trabajadora Familiar, personal administrativo (1/2 jornada), alumnos en prácticas, etc., dotación que,

las Salas de Hospitalización. Ahora la dinámica es sensiblemente distinta a la planteada anteriormente y, así mismo, bastante más práctica: los pacientes son visitados a diario por dicho Personal, siguiendo su propia rutina de trabajo y, precisamente estas visitas, son el punto de arranque de este Protocolo de intervención profesional.

### **DESCRIPCIÓN.**

Se pretende abordar, e intentar solucionar o al menos minimizar, uno de los principales conflictos con los que ha de enfrentarse el Trabajador Social Hospitalario en su quehacer profesional: las Altas Problemáticas.

Pacientes que cuando son dados de ALTA en el Hospital, manifiestan no tener dónde ir o con quién ir; no disponer de medios económicos para ingresar en una Residencia Privada; no poder obtener plazas en las Residencias Públicas; necesitar unos cuidados mínimos que por sí solos no pueden obtener; no tener familia o no poder contar con ella al no atreverse a asumir los cuidados que precisa el paciente en casa; o a no tener espacio físico para ocuparse de él, enfermos terminales, etc., etc.

Estas situaciones se derivan a la Unidad de Trabajo Social, casi siempre, el mismo día en que el paciente es dado de Alta o, como mucho, 24 horas antes.

### **FUNDAMENTACIÓN.**

En los últimos años se ha producido un cambio en la actitud, desde el punto de vista de la política de Ingresos y Altas Hospitalarias, en el sentido de acortar la estancia del enfermo al mínimo, llegándose a considerar que una mayor eficacia es igual a una menor estancia del paciente en el Centro lo que, a veces, puede ir en detrimento de una verdadera Asistencia Integral.

2. Desde el punto de vista de la familia, se encuentra con el rechazo de la misma a hacerse cargo del enfermo en su domicilio, bien por imposibilidad material o por otros múltiples motivos, algunos de los cuales son de auténtico juzgado de guardia. En muchos casos ni siquiera existe tal familia.

Frente a estas demandas, el Trabajador Social se encuentra con una desesperante falta de recursos viéndose obligado, en muchos casos, a dar soluciones no idóneas y presionar a la familia para que las acepten o intenta retrasar la salida del enfermo mientras se buscan soluciones (recursos no hay) para el problema.

La actuación del Trabajador Social ha de contemplar ambas demandas (Hospital y Familia) a la vez, teniendo en cuenta, así mismo, las obligaciones y posibilidades de esas mismas partes para con el paciente.

La Coordinación con Atención Primaria y los Servicios Sociales Comunitarios es aquí esencial. Pero la prevención de estas situaciones, que es posible, constituye quizás la mejor terapia, al poder abordarlas antes de que se produzcan, dándole tiempo al Trabajador Social para intentar llegar a la fecha de Alta con la problemática resuelta.

### **UBICACIÓN.**

El Protocolo pretendemos que sea desarrollado, si ello es posible, por la Unidad de Trabajo Social en el Hospital General Básico de Motril, en coordinación y colaboración con los Servicios de Hospitalización que así lo estimen oportuno.

### **BENEFICIARIOS.**

El primer beneficiario va a ser el propio Centro Hospitalario al ver reducidas sus estancias innecesarias. Los beneficiarios potenciales van

5. Gestionar otros posibles Recursos: Residencias, Cruz Roja, Asociaciones de Autoayuda, Cooperativas de Asistencia Domiciliaria, etc.

### **META.**

La principal meta a conseguir es hacer coincidir el Alta Médica con el Alta "Social", de forma que la problemática de tipo familiar, económica o de cualquier otra índole que afecte al enfermo, no impida su salida (Alta) del Hospital y se coordine el seguimiento del resto de situaciones "de riesgo" que presente el paciente por el Dispositivo de Atención Primaria y/o de Servicios Sociales, dependiendo de la naturaleza de dichas situaciones.

### **IMPLICACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA.**

Resulta evidente, muy evidente, que la base de este protocolo es la PREVENCIÓN. Para que su desarrollo sea posible es necesario que, tanto el Personal Médico como el de Enfermería que desempeñan su labor en las Salas de Hospitalización, colaboren activamente en el mismo.

Con los factores de riesgo ya conocidos y expuestos en el apartado nº 6 y con el resto de "señales" que en sus visitas diarias puedan percibir de dichos pacientes, no les será muy difícil detectar dichas situaciones o pacientes con "riesgo" de evolucionar hasta un Alta Problemática: pacientes ingresados por Urgencias y no residentes en esta Comarca; los que nunca reciben visitas; por los que nadie se interesa a la hora de informar los médicos; los que buscan conversación con el personal en cada momento; los que lloran, etc., etc.

Éstas son actitudes, situaciones y como decíamos "señales" que pue-

dichas salas que deberá ser la base de su decisión. <sup>10</sup>

## **METODOLOGÍA.**

### **A) Actividades:**

- El trabajo deberá efectuarse a demanda pero incluido dentro del Protocolo de Altas Problemáticas (P.A.P.).
- Los Servicios Médicos y/o de Enfermería derivarán a la Unidad de Trabajo Social aquellos casos que reúnan los requisitos establecidos para poder ser considerados como pacientes de riesgo, previa propia valoración inicial de cada caso y utilizando para ello el Documento de Derivación existente. (Anexo 1).
- La U. T. Social valorará todas y cada una de las derivaciones que reciba, enviando el informe correspondiente a cada solicitante y/o responsable de cada planta origen de dicha derivación.
- En caso de comprobarse la existencia de factores de riesgo se actuará en consecuencia mediante la planificación completa del Alta, en coordinación con dichos responsables.

### **B) Técnicas:**

- La Técnica a utilizar preferentemente es la Entrevista.

### **C) Instrumentos:**

- Historia Clínica.
- Hojas de Derivación (Interna y Externa).
- Ficha Social.

blemáticas no resueltas, a fin de analizar los motivos de la no resolución de las mismas y buscar vías de abordaje que den respuesta satisfactoria al problema planteado. Esto, por suerte, no fue necesario al poder dar salida a las situaciones planteadas, aunque la solución a las mismas llegase tras superar numerosos obstáculos.

Hoy día (Noviembre de 1996) el Protocolo sigue en marcha, y se observa una mayor implicación del Personal Médico y de Enfermería en su dinámica aunque, y esto es de esperar, se siguen produciendo las derivaciones incluso, ya se ha dicho antes, un par de horas antes de que el enfermo abandone el Hospital.

### **COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA.**

Existe un protocolo de Coordinación consensuado con el Distrito Sanitario Costa, que incluye la Zonas Básicas de Salud de Almuñécar, Salobreña, Motril-Centro, Motril-Este y Motril-San Antonio. Se adjunta copia (Anexo 2). La ficha de derivación aún no se ha implantado.

Con los Servicios Sociales Comunitarios no existe ningún protocolo, y tan sólo les derivo usuarios para la tramitación de la Ayuda a Domicilio. La coordinación existente es puntual y por medio de llamadas telefónicas. Hace ya unos meses se nos reunió para explicarnos el programa de Teleasistencia.

No obstante, os incluyo mi Hoja de Derivación desde esta Unidad a otros Centros (Anexo 3).

### **RESULTADOS.**

Durante 1995 el porcentaje de Altas problemáticas detectadas y derivadas según protocolo llegó al 80 % de los casos. En el resto de los casos (20 %), las Altas no fueron "detectadas" en el Hospital (no me las



que cumplan el protocolo. Cada cual tiene sus obligaciones y debe saber cuáles son y ponerlas en práctica e intentar tomar las medidas y poner los medios "a su alcance" (y el protocolo lo está) para una atención eficaz, integral y efectiva a los pacientes del Hospital.

### **OBSTÁCULOS Y RESPUESTAS DADAS EN LAS ALTAS NO RESUELTAS.**

El principal, por no decir único, obstáculo con que este protocolo se encuentra a la hora de planificar un Alta y no encontrarse ante una situación sin respuesta adecuada, es el tiempo, la prevención, la antelación: la derivación inmediata del paciente, no esperar a que esté dado de alta.

El resto de obstáculos son de otro nivel, son estructurales y poco podemos hacer ante ellos. A veces son insalvables: falta de estructuras públicas para la atención de personas de la tercera edad, enfermos, solos y discapacitados con pocos recursos económicos.

En cuanto a las respuestas dadas ante las Altas no resueltas, poco hay que decir: no hay respuesta, simplemente el enfermo abandona el Hospital y se integra en un medio a veces inhóspito, a veces en malas condiciones higiénicas, en soledad, en un ambiente familiar forzado y hostil, o incapaz de asumir la responsabilidad del cuidado del paciente.

Y se hace forzando a los familiares a "llevarse" al paciente, con la promesa de un seguimiento a través de Atención Primaria y de los Servicios Sociales, que no sabemos si luego podrá ser real y efectiva: Visitas Domiciliarias, Ayuda a Domicilio, Solicitud de Residencia, etc.

**Documentos de Trabajo Social**  
**D T S**

---

**INTERVENCIÓN DE LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL.**

**1. IDENTIFICACIÓN DE LA DEMANDA.**

.....

.....

.....

**2. RECURSOS EXISTENTES.**

.....

.....

.....

**3. INTERVENCIÓN.**

.....

.....

.....

.....

**4. OBSERVACIONES.**

.....

.....

.....

(Firma)

(Fecha)

..... En Motril, a.....de.....de 199....

# Documentos de Trabajo Social

## D T S

---

\*Integración en su medio.

\*Otros.

Mediante: \*CONSULTA PROGRAMADA.  
\*VISITA A DOMICILIO.

Tanto a: \*USUARIO.  
\*FAMILIA.  
\*ALLEGADOS, VECINOS.

Realizado el estudio, se determinará, junto al Trabajador Social del Hospital, la INTERVENCIÓN que en cada caso se aconseje, dándose dos circunstancias:

A/ VALORACIÓN POSITIVA, para integrar en su medio.

B/ " NEGATIVA, " " " " " " .

A/ En el caso de que el paciente pueda ser atendido en su medio, el Trabajador Social de Atención Primaria movilizará los recursos necesarios, para que esto se consiga en el menor plazo y de la forma más rentable:

Recursos familiares, vecinales, sociales (S.A.D., Voluntariado,...).

B/ En el caso que la persona no pueda ser integrada en su medio, se tramitará de forma urgente, desde el medio Hospitalario, en el centro más adecuado, con el apoyo del T.S. de Atención Primaria.

TRABAJADORES SOCIALES DEL  
DISTRITO SANITARIO COSTA.  
Motril, 25 de Noviembre de 1994.

# Documentos de Trabajo Social

## D T S

ANEXO 3.-

### DOCUMENTO DE DERIVACIÓN DE TRABAJO SOCIAL.

DE _____ <i>(Nombre y apellidos)</i>
DEL _____ <i>(Centro, Equipo, Hospital)</i>
A _____ DE _____ <i>(Profesional) (Institución)</i>
NOMBRE _____ APELLIDOS _____
EDAD _____ DOMICILIO: LOCALIDAD _____
CALLE _____
Nº D.N.I. _____ Nº S.S. _____ Hº Nº _____
Problema planteado: _____ _____ _____
Situación detectada: _____ _____ _____
Intervención: _____ _____ _____
Motivo de derivación: _____ _____ _____

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 199 \_\_\_\_\_

(firma)

---

# EL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS PROCESOS DE INTEGRACIÓN/EXCLUSIÓN DESDE LA INICIATIVA SOCIAL.

Rosa M<sup>a</sup> Muñoz Herrera.  
Diplomada en Trabajo Social.

## RESUMEN.

*En la vida de una persona y de una sociedad se producen a diario grandes cambios a los cuales debemos ir adaptándonos, son cambios políticos, culturales, económicos y sociales. Éstos influyen directamente en la vida de cada uno de nosotros, y en ellos, los Trabajadores Sociales como profesionales del Bienestar Social debemos estar presentes.*

*La nueva etapa que se abre con la Constitución Española (C.E.) de 1978, posibilita una nueva configuración política y social, en donde los Servicios Sociales (SS.SS.) como área de Bienestar Social son reconocidos. Paralelamente, numerosos colectivos sociales, desde el "sentimiento de necesidad o estado de carencia" se constituyen en Asociaciones y entidades sin ánimo de lucro. Tiene así lugar el modelo MIXTO de BIENESTAR SOCIAL, donde lo público y lo privado se aúnan.*

*Estos colectivos, desde la INICIATIVA SOCIAL emprenden el largo camino de la integración social, donde el Trabajador Social lleva a cabo un trabajo orientado a la comunidad y al colectivo afectado. Aquí es donde los Trabajadores Sociales, de nuevo, nos encontramos con la disyuntiva del valor máximo a la libertad de la persona o el logro de mayores cotas de Bienestar personal y social.*

comunidad", "confianza política", etc.

Todas estas reflexiones, que a priori me atrevo a encajar en una realidad social que nos atañe como profesionales del Bienestar Social, merecen un estudio más detenido que, desde mi experiencia en procesos de integración/exclusión con minusválidos, me gustaría abordar

## **I.- MARCO LEGAL Y POLÍTICA SOCIO-ECONÓMICA ACTUAL.**

Desde 1978, con la Constitución Española, se abre una nueva etapa al declarar a España como un "Estado Social y Democrático de Derecho", en donde se establecen una serie de Principios y Valores que servirán de guía a toda la actividad política y social posterior; pues ya el Estado no sólo se limita a "Declarar Derechos", sino que se compromete a "garantizar", es el "**ESTADO DE BIENESTAR**".

Dentro de esta configuración política y social establecida con la Constitución Española es donde los SS.SS., como ámbito específico de la política de Bienestar Social, nacen, se legislan y manifiestan al ciudadano. Lugar específico éste para el Trabajo Social, en donde los Asistentes Sociales y Trabajadores Sociales se convierten en el profesional básico.

Junto a esta situación socio-económica establecida por las políticas de Bienestar social, se va configurando todo un entramado de SS.SS., apoyados por la mano legislativa, de un lado de Comunidades Autónomas con los Estatutos de Autonomía y **Leyes Autonómicas de SS.SS.**, y por otro, de las entidades locales, estableciendo como unidad básica para la cobertura de SS.SS. al municipio (Ley de Bases de Régimen Local, Art. 25.2-K y Art. 26). Asimismo van apareciendo Leyes sectoriales de importancia: **Ley de Integración Social del Minusválido**, en 1982; **Ley de Pensiones No Contributivas**, en 1990; **Ley del Voluntariado**, en 1996.

Finalmente, y sin olvidar la importancia que para la INICIATIVA SOCIAL tiene el "Voluntariado Social", se produce en España en los últimos años el "BOOM del Voluntariado", contando las diversas entidades públicas y privadas con numerosas personas que de forma altruista y desinteresada se implican en los Servicios de Bienestar Social, asumiendo fuertes cargas de responsabilidad en este sentido, y alcanzando cotas altísimas de importancia social y política, como muestra la Ley del Voluntariado.

### III.- EL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS PROCESOS DE INTEGRACIÓN/EXCLUSIÓN.

En este marco social y político, que parece haber llegado al culmen en el establecimiento y garantías de derechos y servicios para toda la sociedad, se siguen dando procesos de exclusión; son aquellos grupos y colectivos que formando parte de la sociedad se encuentran excluidos, aislados de la misma, muchas veces por motivos ajenos a ellos.

Podría asimismo categorizar que gran número de las Asociaciones y entidades privadas sin ánimo de lucro que se constituyen han tenido en algún momento o aún tienen ese **sentimiento de "sentirse fuera", de "no participar" en la vida social-política-cultural que la comunidad disfruta.**

Desde mi experiencia profesional con minusválidos, este sentimiento de "sentirse fuera" es vivido muy intensamente por los propios afectados y sus familias, siendo vital la labor del Trabajador Social en estos procesos de integración.

En este sentido, **el Trabajador Social ha de emprender una constante labor de búsqueda de nexos comunes entre la comunidad y el colectivo excluido** iniciando desde dentro, una labor de apoyo al grupo en cada una de las etapas del proceso de integración y en la asunción de sentimientos, a la vez que les orienta y estimula en la toma de decisio-

ña, mediante las políticas de Bienestar Social, llegando a establecer una única y compleja red de SS.SS. Pero no siendo suficiente los servicios ofrecidos desde el ámbito público, los diversos grupos sociales se van constituyendo en Asociaciones y entidades sin ánimo de lucro que desde el ámbito privado y mediante acertadas fórmulas de financiación van logrando mayores cotas de Bienestar Social.

Con este panorama político y social donde se dibujan las líneas de los SS.SS., y se garantizan derechos a toda la sociedad, siguen existiendo grupos sociales bajo el signo de no estar o sentirse integrados en su comunidad. Desde este sentimiento de "sentirse fuera" numerosas asociaciones y entidades privadas inician un largo proceso de integración, en los cuales aún queda "camino por recorrer".

En estos procesos de integración, caracterizados por la INICIATIVA SOCIAL y el compromiso de cuantos la emprenden, la labor del Trabajador Social es importantísima, orientando la intervención hacia la comunidad y el colectivo afectado, siempre bajo los Principios éticos del Trabajo Social, y del logro de mayores cotas de Bienestar personal y social (principio de eficacia) y respeto a la libertad y toma de decisiones del hombre (principio de autodeterminación).



# PRESENTACIÓN DEL LIBRO "DISEÑO Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS SOCIALES".

M<sup>a</sup> Jesús López Ruíz.  
Diplomada en Trabajo Social.

## "DISEÑO Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS SOCIALES".

**AUTORES:** Gustavo A. García Herrero y José Manuel Ramírez Navarro.

**EDITORIAL:** Certeza Biblioteca de Temas Sociales. Zaragoza, 1996.

Diez años de investigación, gestión y docencia son, en palabras de sus autores, el origen del libro "Diseño y Evaluación de Proyectos Sociales", aludiendo a la satisfacción de más de 3.000 alumnos en el centenar de cursos impartidos, como el mejor aval de lo que comenzó siendo un conjunto de materiales docentes y hoy presentan en forma de libro.

No se trata de un manual más sobre técnicas, a veces muy distantes de las necesidades de quienes trabajamos en los Servicios Sociales. Sus autores evidencian un profundo conocimiento del sector, así como un gran interés por la innovación.

José Manuel Ramírez y Gustavo García son personas de reconocido prestigio por su trayectoria profesional e institucional vinculada al diseño y gestión de políticas sociales, planes, programas y proyectos, gerencia, comunicación social y docencia.

## Bibliografía Comentada

---

como ponen de manifiesto:

-Los didácticos esquemas, que sintetizan cada uno de sus Capítulos y los aspectos más complicados o importantes de los mismos, facilitando así su comprensión.

-La explicación detallada de cada una de las técnicas que constituyen el proceso de diseño, evaluación y presentación de proyectos.

-Los formatos prácticos, que el texto incorpora para la presentación de proyectos de fácil uso y utilidad en las prácticas cotidianas.

-La abundancia de ejemplos alusivos a la práctica de la intervención social, como forma de facilitar la adaptación de las diversas técnicas a las necesidades del sector.

-El lenguaje agradable, que hace más amena la lectura y ayuda a la asimilación de sus densos contenidos teóricos.

-El carácter novedoso de muchos de sus contenidos, con planteamientos y técnicas adaptadas por primera vez al diseño, evaluación y difusión de proyectos sociales. En este sentido destacar la referencia a los Servicios Sociales como "Procesos de producción", la cuantificación de resultados e intervenciones, las unidades de intervención, los detalles de monetización de actividades en Servicios Sociales, la explicación detallada de la estandarización de los procesos y la técnica del flujograma, los comentarios sobre "calidad" en Servicios Sociales...

La filosofía del libro puede resumirse en una frase extraída del mismo, en la que los autores expresan su idea sobre los Servicios Sociales y su reto más actual:

**... "Los Servicios Sociales de nuevo cuño han de apostar por una causa para algunos perdida, pero que encuentra su vitalidad y su espacio natural en lo cotidiano, próximo, descentralizado y dimen-**