

Paco López

Competencias socioemocionales y salud en educación social

Recepción: 02/07/2017 / Aceptación: 25/10/2017

Resumen

El objetivo de este artículo es, por una parte, analizar la relación existente entre educación social y educación para la salud, poniendo ambas en el marco de la contribución al bienestar biopsicosocial de las personas, en el que las competencias sociales y emocionales juegan un papel nuclear. Por otra parte, pretende hacer una revisión de algunas actuaciones relevantes para el aprendizaje de las competencias sociales y emocionales básicas (autoconocimiento, autocontrol, conciencia social, habilidades sociales y toma responsable de decisiones) tanto desde la perspectiva de la intervención como de su desarrollo por parte de los propios educadores y educadoras.

Palabras clave

Competencias socioemocionales, Inteligencia emocional, Educación para la salud, Educación social

Competències socioemocionals i salut en educació social

L'objectiu d'aquest article és, d'una banda, analitzar la relació existent entre educació social i educació per a la salut, posant-les, totes dues, en el marc de la contribució al benestar biopsicosocial de les persones, en el qual les competències socials i emocionals juguen un paper nuclear. D'altra banda, pretén fer una revisió d'algunes actuacions rellevants per a l'aprenentatge de les competències socials i emocionals bàsiques (autoconeixement, autocontrol, consciència social, habilitats socials i presa responsable de decisions) tant des de la perspectiva de la intervenció com del seu desenvolupament per part dels mateixos educadors i educadores.

Paraules clau

Competències socioemocionals, Intel·ligència emocional, Educació per a la salut, Educació social

Social-emotional Skills and Health in Social Education

The twofold purpose of this article is, on the one hand, to analyze the relationship between social education and health education, situating both of these in the framework of their contribution to people's biopsychosocial well-being, in which social and emotional skills have a crucial role, and, on the other hand, to review a number of key actions for the learning of basic social and emotional skills (self-knowledge, self-control, social awareness, social skills and responsible decision-making) from the twin perspectives of the intervention as such and of its development by the educators themselves.

Keywords

Social-emotional skills, Emotional intelligence, Education for health, Social education

Cómo citar este artículo:

López Jiménez, Paco (2017).
Competencias socioemocionales y salud en educación social.
Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 66, 51-69



ISSN 2339-6954

Los científicos dicen que estamos hechos de átomos,
pero a mí un pajarito me contó que estamos hechos de historias.

Eduardo Galeano

Salud, bienestar y resiliencia. Un marco de comprensión que pone en evidencia las paradojas de la promoción de la salud

Existe un conocido cuento popular que reflexiona sobre la realidad y las perspectivas desde las cuales nos acercamos a ella. Me refiero al cuento de los seis sabios ciegos que emprenden un viaje para conocer lo que es un elefante. Las circunstancias hacen que cada uno de ellos tope con una parte del animal y sus conclusiones sean absolutamente dispares. Lo que para uno es una gran pared agrietada, para otros es como el tronco de una gran palmera, una afilada y fría lanza, una larga y rugosa serpiente o un gran abanico. Los seres humanos necesitamos esquemas de análisis de la realidad que nos permitan entenderla en su complejidad, pero, en ocasiones, corremos el riesgo de confundir una determinada perspectiva con la realidad misma.

Con todas sus limitaciones, el concepto de salud acuñado por la Organización Mundial de la Salud en 1948 parece seguir siendo el mejor acercamiento posible (Colomer y Álvarez-Dardet, 2001). La OMS entiende la salud como estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente como ausencia de enfermedad. Esta definición nos habla de una concepción integral del ser humano y su bienestar, aunque, en ocasiones, se ha utilizado para referirse a la salud física, mental o social, como si estas pudieran existir por separado. De nuevo, como en el caso de los sabios ciegos, corremos el riesgo de confundir la realidad con las perspectivas de abordaje de la misma.

Probablemente, para comprender algo a veces necesitamos simplificarlo. Aunque sabemos que existen multiplicidad de agentes y escenarios educativos y sociales, tendemos a reducir la educación a lo que se hace en la escuela o la acción social a lo que se hace en determinados centros o programas de servicios sociales. Algo similar puede ocurrir con la salud.

Hablar de salud es hablar de la vida, de la capacidad de afrontarla y disfrutarla

Sin embargo, hablar de salud es hablar de la vida, de la capacidad de afrontarla y disfrutarla. Es entender que emociones, relaciones, cuerpo, procesos cognitivos o interacción con el medio ambiente afectan y se dejan afectar en un entramado de vínculos que sólo tiene sentido fragmentar y esquematizar para entenderlos mejor, pero sin caer en la trampa de confundir la parte con el todo o los esquemas con la realidad. O, lo que es peor, insistir en una visión integrada de la salud mientras mantenemos actuaciones nacidas de una orientación claramente parcial o reducida de la misma.

Recientemente, un grupo de profesionales sanitarios (López-Dicastillo *et al.*, 2017) ha analizado las contradicciones entre los principios y estrategias propuestos en las nueve Conferencias mundiales para la promoción de la salud realizadas desde su primera edición, en 1986, y las prácticas en esta materia. Su aportación (sintetizada en el cuadro 1) comienza recordando que en este foro mundial se ha insistido reiteradamente en un enfoque integrador de políticas públicas en materia de salud y bienestar, que tenga en cuenta la dimensión sociocomunitaria de la salud, el desarrollo de habilidades personales o el empoderamiento de personas y comunidades en la gestión de sus procesos de salud y bienestar. A pesar de esa insistencia, la praxis sanitaria recorre otros derroteros, cosa que les lleva a identificar cinco paradojas o contradicciones:

- *El paciente versus la persona*: Los expertos insisten en la necesidad de una intervención centrada en la persona y, por tanto, integral, biopsicosocial, que tenga en cuenta los aspectos relacionales y socioemocionales y que favorezca el protagonismo de los ciudadanos respecto a su salud. A pesar de ello, parece seguir imperando un modelo paternalista y medicalizado.
- *Lo individual versus lo colectivo*: Los factores relacionados con las condiciones socioeconómicas son determinantes clave en los estilos de vida. Sabemos, por tanto, que la mejora de la salud pasa por decisiones relacionadas con las políticas públicas en su sentido más amplio y con la participación comunitaria. Sin embargo, sigue primando un abordaje fragmentado y centrado en respuestas individuales o locales a las cuestiones relacionadas con la salud.
- *Los profesionales de la enfermedad versus los profesionales de la salud*: Los avances en materia de salud están relacionados con un mayor nivel de autoconocimiento y autocontrol de la propia vida por parte de las personas, lo cual se incrementa cuando éstas tienen formación para entender y manejar las cuestiones relacionadas con su propio bienestar y cuando los profesionales tienen capacidad para acompañar y asesorar de manera personal y comunitaria a los ciudadanos. A pesar de ello, se sigue priorizando la especialización de los conocimientos acerca de las enfermedades desde una relación de poder entre profesionales (sobre todo biosanitarios) y el resto de los ciudadanos.
- *Los indicadores de enfermedad versus los indicadores de salud*: Los marcos conceptuales enfatizan la necesidad de indicadores centrados en la calidad de vida y la capacidad de afrontar con éxito las dificultades, en su sentido más amplio. Sin embargo, siguen primando los indicadores de salud centrados en déficits, riesgos y carencias. Y, probablemente porque es más fácil tener datos a corto plazo de estos últimos, se sigue instruyendo a los profesionales vinculados a la salud más en su capacidad de analizar los problemas que en las competencias para descubrir las potencialidades de las personas.



Se ha insistido reiteradamente en un enfoque integrador de políticas públicas en materia de salud y bienestar, que tenga en cuenta la dimensión sociocomunitaria de la salud

- *La salud como gasto versus la salud como inversión:* Parece que la inversión en prevención o en promoción de la salud, que implica a entidades sociales y medios de comunicación, que desarrolla su dimensión social a la vez que está centrada en la persona, no sólo reduciría a medio y largo plazo los recursos destinados a la curación de enfermedades, sino que favorecería el crecimiento económico y el desarrollo social. A pesar de ello, la salud sigue viéndose como un gasto directo a controlar y no como inversión de futuro.

Cuadro 1. Las cinco paradojas de la promoción de la salud

Orientaciones de las Conferencias mundiales sobre promoción de la salud	Elementos predominantes en la práctica sanitaria
La persona en el centro	Se atienden pacientes
Desde una perspectiva sociocomunitaria	De manera individual
Intervienen profesionales de la salud	Intervienen profesionales de la enfermedad
Se miden indicadores de salud	Se miden indicadores de enfermedad
Se entiende la salud como inversión en desarrollo humano	Se entiende la salud como gasto a controlar

Fuente: Elaborado a partir de López-Dicastillo et al., 2017.

La resiliencia pone el acento en la dimensión social del bienestar

Una perspectiva que conecta con esa visión poliédrica, sistémica e integradora de la salud es la de la resiliencia. La resiliencia pone el acento en la dimensión social del bienestar y refuerza la importancia del lado más olvidado del triángulo de la salud. Los descubrimientos que nos permiten entender cómo los seres humanos atraviesan las dificultades de la vida (de eso hablamos cuando hablamos de resiliencia) destacan la dimensión socioemocional de los factores protectores.

Frente al sesgo estático e incluso ingenuo que pudiera tener una concepción ideal de la salud como estado de “bienestar total”, la mirada de la resiliencia nos sitúa en un escenario más realista. La vida comporta dificultades “naturales” ineludibles (las pérdidas, los conflictos interpersonales o los procesos de cambio, por ejemplo) y otras, no tan naturales, que precisan de compromisos sociopolíticos generadores de mayor justicia y equidad (la pobreza, las guerras o la discriminación por causas diversas). En ese itinerario vital complejo (especialmente para aquellos que sufren situaciones más duras), los seres humanos podemos crecer y desarrollar lo mejor de nosotros mismos, a pesar de las dificultades o, en determinadas circunstancias, gracias a ellas. Utilizando la terminología de Vaniestendael (1997), la resiliencia representa la capacidad del ser humano para conjugar realismo y esperanza.

Esa capacidad no es algo innato que poseen unos pocos afortunados cuyas historias de vida inspiran al resto de los mortales. Es una capacidad que puede ser construida y educada, que depende, en parte, de factores protectores tejidos en el entorno social y, en parte, de habilidades o competencias desarrolladas por cada persona en la interacción con los otros.

El desarrollo de la resiliencia necesita experiencias de raíz social, como que alguien nos haya aceptado incondicionalmente alguna vez en la vida (a nosotros, no necesariamente a nuestro comportamiento) o, sobre todo, contar con un tejido social en el que apoyarse. Este apoyo social, que tiene niveles y componentes diversos, se nutre, sobre todo, de la red más íntima de relaciones, que son la familia y los amigos (López y Rosa, 2014; Quesada, 2006).

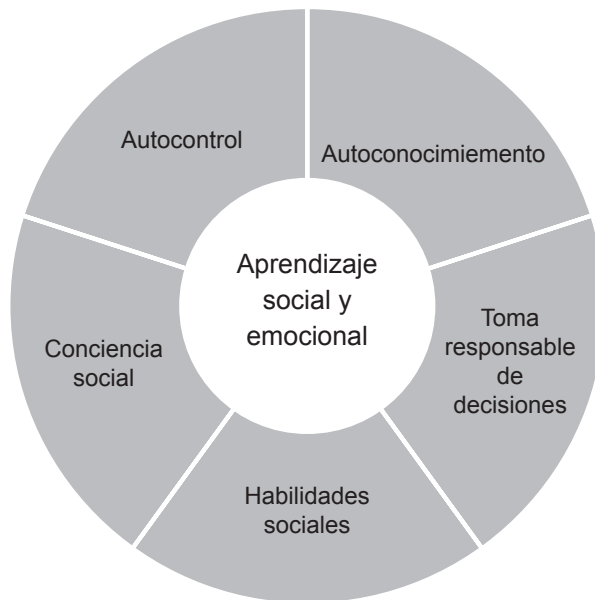
El resto de los factores protectores son capacidades o competencias que se aproximan claramente a lo que llamamos competencias socioemocionales. La capacidad de dar sentido a lo vivido, la autoestima, las competencias sociales o el sentido del humor aparecen, junto al apoyo social antes mencionado, en la literatura sobre resiliencia como ingredientes básicos para la construcción de la capacidad de afrontar las dificultades de la vida. Ingredientes similares aparecen también en los informes que analizan cuáles son y qué impacto tienen en la vida de las personas lo que llamamos competencias sociales y emocionales.

En uno de esos informes, titulado *La pieza desaparecida* (Bridgeland, Bruce y Hariharan, 2013), relevantes instituciones norteamericanas vinculadas al estudio de políticas públicas en materias como la educación y la salud, analizan el impacto del aprendizaje de las competencias sociales y emocionales para los niños/as y las escuelas, a partir de las aportaciones de más de seiscientos profesores y profesoras. El informe sintetiza en cinco áreas las competencias sociales y emocionales que conviene desarrollar en los procesos educativos (véase gráfico 1):

- Autoconocimiento, que nos permite, entre otras cosas, ser conscientes de nuestras fortalezas y limitaciones.
- Autocontrol, para manejanos a nosotros mismos y perseverar ante los retos.
- Conciencia social, que nos sirve para entender y empatizar con los demás.
- Habilidades sociales, para ser capaces de trabajar en equipo o resolver conflictos.
- Toma responsable de decisiones, que nos ayuda a elegir de manera ética y segura y hacernos cargo de nuestras elecciones.



El desarrollo de la resiliencia necesita experiencias de raíz social

Gráfico 1. Áreas competenciales del aprendizaje social y emocional

La salud, más que un estado concreto de la persona, es un conjunto diverso y cambiante de comportamientos y competencias (Costa y López, 1989; Serrano, 2002). La educación social puede hacer aportaciones relevantes al fomento de esos comportamientos y competencias, especialmente aquellos que conectan con la dimensión psicosocial de la salud, con la promoción de la resiliencia y con la mejora del bienestar de las personas y comunidades. Como hemos visto desde la perspectiva de las profesiones sanitarias, resulta paradójico que algunas de las “piezas clave” de la salud (entre ellas, esas cinco competencias a las que hace referencia el informe mencionado) estén relegadas, en la práctica, a un papel menor. El hecho de que el desarrollo de las competencias socioemocionales esté, sin embargo, en el centro de la actividad de las profesiones sociales y educativas puede hacer que la contribución de estas a la resolución de las paradojas de la promoción de la salud sea un necesario camino a transitar.

Bajo el influjo de Hygieia. Los educadores/as como agentes de salud

La mitología griega narra que Asklepios (Esculapio, para los romanos), deidad de la salud que fue fulminado por el rayo de Zeus cuando intentaba resucitar a un muerto, tenía dos hijas: Hygieia, diosa del cuidado, la prevención y la moderación para mantener el orden natural y el bienestar, y Panakeia, diosa de la curación y el uso de sustancias para hacer frente a la

enfermedad y la muerte. En el complejo equilibrio entre la actividad de estas dos deidades, la historia moderna parece haber encumbrado a Panakeia y sus remedios universales o panaceas (Colomer y Álvarez-Dardet, 2001). Sin embargo, Hygieia (de ella nos viene la palabra *higiene*) sigue inspirando, desde su influjo racional y sereno, no sólo las conferencias mundiales para la promoción de la salud, sino la actividad cotidiana de muchos educadores y educadoras.

No es casual que los autores de una de las publicaciones de referencia para la práctica de la educación social a finales del siglo pasado, el *Manual del Educador Social* (Costa y López, 1996), haya contribuido también (y de manera notable) al desarrollo de la educación para la salud (véase, por ejemplo, Costa y López, 1989 y 2008). Y tampoco es casual que sus publicaciones (nacidas de su formación médica y psicológica) incluyan guías de competencias sociales y emocionales para los profesionales que desarrollan su actividad en contextos sociales y educativos.

Desde esa perspectiva de salud comunitaria, a la vez que hemos de insistir en los aspectos sociopolíticos o económicos que inciden en la promoción de la salud, hay que desplegar estrategias planificadas y sistemáticas que consigan cambios duraderos en los estilos de vida de las personas, para favorecer prácticas saludables y dificultar prácticas de riesgo. No existen vidas sanas sin entornos saludables. Los comportamientos saludables se nutren de aprendizajes personales, pero también tienen una profunda base ecológica y se construyen a partir de las interacciones con el contexto. A la comprensión de esta concepción ayuda un simple repaso al listado de comportamientos que sirven para mejorar la salud personal y colectiva (véase cuadro 2).

Ese listado de comportamientos, realizado desde la óptica de la educación para la salud, bien podría reflejar la actividad cotidiana de un educador/a social, por ejemplo, en un contexto residencial con adolescentes. Hábitos básicos de autocuidado, habilidades sociales, manejo de emociones, actitudes prosociales o reducción de riesgos son algunas de las áreas centrales de los procesos de acompañamiento y de los programas de intervención en educación social. La concepción biopsicosocial de la salud aproxima, inevitablemente, educación para la salud y educación social. No es algo opcional. La relación educativa incide en actitudes, valores y estilos de vida. Y de todo ello hablamos cuando hablamos de la salud (Serrano, 2002). Y las competencias sociales y emocionales, que analizaremos a continuación agrupadas en tres grandes áreas (autogestión, relaciones y toma de decisiones), están en el centro de los objetivos de la ES (siglas que, casualmente, nos sirven en este caso tanto para la educación social como para la educación para la salud).



No existen vidas sanas sin entornos saludables

Cuadro 2. Comportamientos saludables (con ejemplos de los mismos que mejoran la salud de las personas a corto o largo plazo)

1. Actividad física regular	Práctica semanal de algún tipo de deporte o de ejercicio físico intencionado. Disminución de actividades sedentarias.
2. Prácticas nutricionales adecuadas	Ritmo estable de comidas. Consumo abundante de verduras, frutas y cereales y reducción del consumo de grasas de origen animal. Regulación de las comidas en función de la salud, no sólo de la imagen o el apetito.
3. Comportamientos de seguridad	Respeto a las normas de circulación, como conductor o como peatón. Medidas de protección y posturas adecuadas para trabajar o estudiar. Medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual.
4. Reducción del consumo de drogas	Reducción o supresión del consumo de sustancias tóxicas legales o ilegales, incluidos medicamentos (y nunca de manera automedicada). Reducción del consumo de bebidas estimulantes.
5. Prácticas adecuadas de higiene	Higiene corporal diaria. Uso de ropa limpia y lavado adecuado de la misma. Limpieza y orden en el hogar.
6. Desarrollo de comportamientos de autoobservación	Mirarse al espejo periódicamente, para comprobar el estado de la piel. Autopalpación de mamas en las mujeres (detección temprana de bultos). Aprender a reconocer los propios estados de tensión muscular o psíquica. Pararse a pensar sobre las propias relaciones sociales.
7. Desarrollo de un estilo de vida minimizador del estrés	Ritmo adecuado de sueño. Tiempo semanal suficiente de descanso de la actividad laboral/académica. Control de los propios horarios de trabajo/estudio. Fomento de aficiones o hobbies desvinculados de la tarea profesional/académica. Desarrollo de actividades relajantes.
8. Desarrollo de competencias para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales	Desarrollo de la capacidad de escuchar y entender a los otros. Habilidades conversacionales. Aprender a hacer y recibir críticas de manera asertiva. Aprender a hacer peticiones y a negarse a las mismas. Aprender a expresar adecuadamente las emociones positivas y negativas.
9. Desarrollo de comportamientos adecuados para el manejo de situaciones	Aprender a afrontar los fracasos laborales o académicos. Desarrollo de la capacidad de convivir con el dolor, la enfermedad y la muerte. Aprender a afrontar las rupturas sentimentales. Desarrollo de la capacidad para afrontar sin amargarse los pequeños contratiempos de la vida.
10. Cumplimiento y seguimiento de las prescripciones de salud	Revisiones médicas periódicas. Cumplimiento de las prescripciones y recomendaciones de los profesionales de la salud.
11. Donaciones de sangre y órganos (incrementa la salud de la comunidad y predispone a valorar la propia salud)	Donaciones periódicas de sangre (o disposición para ello cuando la edad lo permita). Inscripción como donante de órganos o manifestación a los familiares cercanos de hacerlo en caso de muerte.
12. Respeto y cuidado del medioambiente (incrementa la salud del planeta y predispone a valorar la propia salud)	Vertido selectivo de residuos y reciclado y reutilización del papel. Uso controlado de agua y energía y reducción general de los hábitos de consumo. Renuncia a la utilización de productos nocivos para el medioambiente. Contacto respetuoso con animales y plantas.

Fuente: *Elaborado a partir de Costa y López, 2008.*

Gestionar y ayudar a gestionar conciencias, percepciones y emociones

Un primer grupo de competencias socioemocionales tiene que ver con la conciencia de uno mismo y con el autocontrol (Bridgeland *et al.*, 2013). Esto incluye, por una parte, saber reconocer nuestras emociones y pensamientos, y también su influencia en nuestro comportamiento, lo cual se traduce en:

- Identificar las propias ideas, percepciones y reacciones.
- Evaluar adecuadamente fortalezas y limitaciones.
- Desarrollar expectativas positivas y realistas sobre las propias capacidades y posibilidades.

Pero, además del autoconocimiento, una persona competente es capaz de regular de manera efectiva, en contextos diversos, pensamientos, emociones y comportamientos, lo cual se concreta en:

- Manejar la tensión y el estrés.
- Expresar adecuadamente emociones positivas y negativas.
- Generar motivaciones para afrontar situaciones diversas.
- Marcarse metas y poner en marcha las actuaciones necesarias para conseguir las.

¿Qué puede hacer un educador/a para ayudar al desarrollo del autoconocimiento y el autocontrol de las personas con las que trabaja? Cuatro tipos de actuaciones educativas pueden favorecer tanto la narración de la propia historia como el desarrollo de habilidades de automanejo:

- La puesta en marcha de programas específicos de desarrollo de la inteligencia intrapersonal y el manejo de emociones.
- El fomento de experiencias que permitan el contraste de fortalezas y limitaciones.
- La gestión de las normas y límites.
- Las conversaciones propias de los procesos de acompañamiento.

Excede la pretensión de este artículo el repaso de los numerosos programas de educación emocional desarrollados en las últimas décadas. A su generalización han contribuido las propuestas sobre inteligencia emocional de Goleman (2012), la teoría de las inteligencias múltiples de Gardner (2017) o trabajos no tan conocidos, como el estudio de las habilidades de pensamiento de Spivack y Shure (1974), utilizado por Segura (2002) para su programa triple de habilidades cognitivas, habilidades sociales y desarrollo moral.

Este último sostiene que la base del autoconocimiento y de las competencias relacionales que construimos a partir de él son cinco capacidades cognitivas: el pensamiento causal (la capacidad de identificar las causas de hechos y



situaciones), el pensamiento consecuencial (la capacidad de prever las consecuencias de nuestros actos o decisiones), el pensamiento de perspectiva (la capacidad de entender puntos de vista ajenos), el pensamiento alternativo (la capacidad de imaginar actuaciones diversas ante una misma situación) y el pensamiento medios-fines (la capacidad de fijarnos metas e identificar los pasos a dar para conseguirlas). Estas habilidades se pueden aprender y son la base de nuestro autocontrol, de las relaciones sociales y de la toma ética de decisiones.

Los otros tres tipos de actuaciones a los que he hecho referencia (experiencias, normas y conversaciones) tienen más que ver con actuaciones transversales, que aprovechan las oportunidades surgidas en la vida cotidiana para proponer un “espejo” en el que mirarse que devuelva esa imagen realista y esperanzada de la que hablábamos cuando nos referíamos a la construcción de la resiliencia. Para que una actividad se convierta en una experiencia generadora de ese tipo de procesos y pase de ser “algo interesante hecho” a “algo que ayuda a aprender o a crecer”, necesita, al menos, estos ingredientes:

- Ha de suponer un reto estimulante. Si resulta demasiado fácil o evidente corre el riesgo de no generar aprendizaje, no poner a prueba límites y posibilidades o, incluso, ofrecer una imagen distorsionada de los mismos.
- Ha de ser posible, ajustada a la edad y a los niveles competenciales de partida. Ha de situarse en lo que llamamos la “zona de desarrollo próximo” (Vygotski, 2003).
- Ha de ser, preferiblemente, compartida, en su realización, en su reflexión o en la difusión posterior.
- Ha de ser evaluada por sus protagonistas. La experiencia por sí sola no garantiza el aprendizaje, si no se generan los espacios de reflexión metacognitiva que permiten identificar aspectos relevantes de la misma, limitaciones, retos, emociones y perspectivas diversas.

El uso educativo de las normas parte de la aceptación del conflicto como oportunidad de aprendizaje

El uso de las normas en un contexto socioeducativo puede ser un elemento facilitador de experiencias de aprendizaje. En ocasiones se entienden las normas como un mecanismo de control para garantizar que la convivencia se ajuste a los criterios definidos por una determinada institución educativa. Las normas, sin embargo, son una herramienta poderosa para aprender el ejercicio de derechos y responsabilidades y, también, para dar sentido a lo vivido. El uso educativo de las normas parte de la aceptación del conflicto como oportunidad de aprendizaje, implica a educadores y educandos en los procesos de definición, aplicación y evaluación de los marcos normativos y, sobre todo, equilibra dos elementos críticos:

- La coherencia en la aplicación de las consecuencias de la vulneración de las normas.
- El diálogo que facilita la comprensión de perspectivas ajenas, la aceptación de los propios errores o límites y el descubrimiento de las posibilidades de mejora.

Precisamente esto último, la capacidad de dialogar, es una de las competencias nucleares de los educadores/as en los procesos de acompañamiento para el desarrollo del autoconocimiento y el autocontrol. Para que una emoción sea tal, han de estar presentes una activación fisiológica (si el cuerpo no reacciona podemos hablar de postura u opinión, pero no de emoción), un proceso cognitivo que interprete la situación como emocional y una etiqueta que nombra lo que nos pasa. No podemos incidir directamente sobre la reacción del cuerpo, pero sí sobre los otros dos elementos que configuran la emoción. Los encuentros informales o los espacios tutoriales son escenarios privilegiados para las conversaciones que ayudan a reestructurar percepciones y a abrir perspectivas facilitadoras de procesos de cambio. También son escenarios en los que diversificar y ajustar los nombres que se le pueden dar a las emociones, ayudando, con ello, a la expresión y la gestión de las mismas. Algunas de las claves para dialogar en esa dirección nos llegan de la praxis terapéutica, pero son perfectamente aplicables a los procesos de acompañamiento socioeducativo. Además de las habilidades básicas como la escucha o la empatía, el repertorio competencial de los educadores/as se puede enriquecer, por ejemplo, con las propuestas del diálogo estratégico (López, 2015; Nardone y Portelli, 2009; Nardone, 2006), que podemos resumir así:



- Mejor preguntar que afirmar. Preguntar es mucho más que un mecanismo para obtener información. Cuando preguntamos estamos influyendo en la narración sobre las situaciones que son objeto de la conversación, estamos provocando cambios en la percepción sobre ellas. Las preguntas de doble alternativa son una manera útil de conducir esos procesos que facilitan la intervención educativa sin negar el protagonismo de la persona acompañada.
- Mejor pedir confirmación que sentenciar. La adecuada narración de lo que la otra persona nos está diciendo, hecha de manera que permita confirmar que, efectivamente, se ajusta con lo vivido por él o ella, nos permite ir anclando los avances en la gestión de las resistencias al cambio.
- Mejor evocar que explicar. Aunque los argumentos y los análisis racionales pueden ayudar a orientar o descubrir posibilidades, son las reacciones emocionales las que activan verdaderos procesos de cambio. Las metáforas, los aforismos o los ejemplos que conectan con experiencias propias o ajenas, son valiosos instrumentos para generar esas experiencias emocionales.
- Mejor invitar a actuar que a pensar. Aunque resulte paradójico, no siempre pensar ayuda a desarrollar procesos de autoconocimiento y autocontrol. Es más, en determinadas situaciones, pensar o hablar sobre lo pensado se convierte en un recurso perverso (lo que llamamos una “solución intentada”) que bloquea la actuación en la dirección adecuada. En esas ocasiones es mejor dejar los análisis y favorecer experiencias que puedan ser analizadas posteriormente.

Actuaciones similares son aplicables a la formación inicial y continua de los propios educadores/as. Ayudar a los otros en los procesos de autoconocimiento y automanejo exige desarrollar esas capacidades en nosotros mismos/as. Programas específicos de inteligencia emocional para educadores, experiencias compartidas que pongan a prueba potencialidades y limitaciones, gestión de las normas y criterios de instituciones y equipos y procesos de supervisión individual o en equipo de la propia práctica profesional serían las propuestas equivalentes para el desarrollo personal y en equipo de este tipo de competencias.

Afrontar y ayudar a afrontar la complejidad y riqueza de las relaciones humanas

Aunque la conciencia y el manejo de nosotros mismos se construye en la interacción con los otros y tiene innegables componentes sociales, existe un segundo grupo de competencias socioemocionales que identificamos precisamente por su papel específico en las relaciones. Estas competencias configuran lo que llamamos la inteligencia interpersonal (Segura, 2002) y, como en el caso de la inteligencia intrapersonal, tienen un primer componente de conocimiento o comprensión, que, en este caso, denominamos conciencia social. Ésta se traduce en:

- Ser capaz de adoptar perspectivas ajenas.
- Sintonizar con personas de orígenes y culturas diversas.
- Comprender normas y valores socialmente compartidos.
- Identificar las potenciales fuentes de apoyo en las personas cercanas o en los recursos de la comunidad.

Además de la conciencia social, la inteligencia interpersonal precisa del desarrollo de habilidades para relacionarnos de manera sana y gratificante con otras personas (Bridgeland *et al.*, 2013), como:

- Comunicar con claridad.
- Escuchar activamente.
- Colaborar con otras personas.
- Resistir la presión social inadecuada.
- Negociar constructivamente los conflictos.
- Buscar y ofrecer ayuda cuando se precise.

Las estrategias revisadas en el apartado anterior también pueden ser útiles para desarrollar la conciencia social y las habilidades sociales. A ellas podemos añadir, al menos, estas tres líneas de actuación:

- La incidencia en el discurso social sobre determinados colectivos.
- La participación comunitaria y el desarrollo de redes colaborativas.
- El manejo de la proximidad o distancia óptimas.

El discurso social hacia determinados colectivos o ante ciertas situaciones de la vida es uno de los factores que condicionan la salud y el bienestar de las personas (Serrano, 2002). La manera de abordar, por ejemplo, todas las diversidades humanas (culturales, funcionales, religiosas, generacionales o de género) facilita o dificulta la igualdad de oportunidades, incide directamente en las relaciones interpersonales y, en determinados contextos, tiene un impacto significativo en las posibilidades de supervivencia. Lo mismo ocurre, desde otra perspectiva, con los discursos sociales sobre las drogas, las relaciones de pareja, el maltrato, la imagen corporal, las enfermedades terminales o la salud mental, por poner ejemplos relevantes. No es de extrañar, pues, que la manera de analizar y hablar acerca de todas esas realidades forme parte del bagaje competencial de los educadores y educadoras.

Ajustar el discurso, además, sirve a los profesionales para, frente a ideas erróneas socialmente difundidas, intervenir desde los datos y las evidencias y desarrollar estrategias comunicativas que faciliten la conciencia social de las personas. Este ejercicio requiere perspectiva política y una actitud militante como profesional y como ciudadano. Pero, además, requiere mentalidad investigadora, actualización permanente y trabajo compartido con otros agentes sociales, de manera muy especial los profesionales de los medios de comunicación.

Las redes sociales, presenciales y virtuales son, de manera especial en este inicio de siglo, espacios de construcción y transformación de los discursos y también de aprendizaje de habilidades para comunicarse y relacionarse. El trabajo en red es una constante en la literatura reciente sobre la intervención social o psicoeducativa y conecta directamente con la necesidad de alimentar el apoyo social, como una de las claves del desarrollo de la salud personal y comunitaria. La metáfora de “la red” ha evolucionado en las últimas décadas. La psicología comunitaria comenzó utilizando el concepto para referirse, básicamente, a los procesos sociales de autoayuda y al efecto amortiguador del apoyo social en las situaciones de estrés o sufrimiento de los individuos (véase, por ejemplo, Musitu, Herrero, Cantera y Montenegro, 2004). La metáfora de la red del circo ponía el foco en la construcción de un tejido social protector ante situaciones de vulnerabilidad, que generase oportunidades para no hundirse del todo o para reincorporarse a las dinámicas sociales después de “caer”. Posteriormente, internet se ha apropiado la metáfora y nos referimos al trabajo en red para enfatizar la necesidad de conexión o coordinación entre los agentes sociales. Trabajar en red se puede entender, desde este punto de vista, como un ejercicio de *transprofesionalidad* que incorpora el máximo de agentes (profesionales y no profesionales) de forma corresponsable (Díaz y Civis, 2011; Vilar, Riberas y Rosa, 2014). Pero conviene recordar que el objetivo último de esas conexiones sigue sien-



Trabajar en red se puede entender como un ejercicio de *transprofesionalidad*

do la consolidación de un tejido social protector. Este se ve reforzado por las buenas prácticas de los profesionales, pero, por encima de ello, se nutre de relaciones vecinales, vínculos familiares y conexiones entre las personas que viven en un mismo entorno más allá de los tiempos y espacios de dedicación de esos profesionales.

Como he señalado, la incidencia en los discursos sociales es una estrategia que ayuda a desarrollar la conciencia social ante la diversidad. Por otra parte, el fomento de las redes protectoras permite entornos facilitadores de las relaciones sociales. Para completar la mejora de este tipo de competencias, es la relación educativa la que facilita el modelado de las habilidades sociales y el acompañamiento en el ajuste de las mismas. La gestión de los vínculos, las distancias y las proximidades adecuadas suponen un aprendizaje permanente para educadores y educandos. El proceso de acompañamiento precisa de complicidades y confianza que no pueden construirse ajenas a los criterios marcados por el equipo educativo. A la vez, esos criterios no pueden aplicarse sin el establecimiento de vínculos personales entre cada educador y educando.

El vínculo educativo no es un hecho automático, no se produce simplemente por la asignación de los roles en un escenario determinado. Se desarrolla a partir de la presencia y las experiencias compartidas. Es un proceso intencional que, en último extremo, necesita la aceptación mutua para elegir acompañar y elegir dejarse acompañar por esa persona concreta.

El hecho de que el educador/a sea prescindible se convierte en el mejor indicador de que la relación está cumpliendo con su función

No es una relación entre iguales que se eligen, como lo es la amistad, por ejemplo. Tampoco es una relación basada en la representación democrática, aunque pueda compartir elementos con ella o con la amistad. Es una relación que tiene las características específicas de la relación de ayuda. Lo que llamamos *proximidad óptima* (prefiero este término al de *distancia óptima*), no es estandarizable, porque cada relación es única, pero sí tiene al menos dos indicadores que nos permiten saber que estamos correctamente orientados: el crecimiento o mejora de la persona a la que acompañamos y su evolución hacia la autonomía. Éste último aspecto es especialmente relevante para ajustar el vínculo de la relación educativa. Si la separación o la distancia es, para otro tipo de relaciones, evidencia de que algo no funciona, en el caso de la relación educativa, el hecho de que el educador/a sea prescindible se convierte en el mejor indicador de que la relación está cumpliendo con su función. En ese contexto, las muestras de respeto, la comprensión, la gestión de las críticas o la expresión de emociones positivas y negativas ayudan al aprendizaje de la competencia social de los educandos y se ofrecen como modelos relacionales que pueden ser transferidos a ese otro tipo de relaciones que sí configuran el núcleo del tejido relacional propio de cada niño/a, adolescente, adulto/a o persona mayor con la que trabajamos.

Tomar y ayudar a tomar decisiones... y responsabilizarse de ellas

Son nuestras decisiones las que muestran lo que realmente somos, mucho más que nuestras habilidades, le decía Albus Dumbledore a Harry Potter en una de las escenas de la saga. La frase conecta, probablemente, con nuestra experiencia de lo que significa aprender a afrontar la vida. La educación necesaria no es la que nos dicta lo que tenemos que hacer, sino la que nos ayuda a desarrollar el criterio para decidir qué hacer y qué no hacer en las diferentes situaciones que vamos afrontando para, con ello, conseguir mayores cotas de bienestar para nosotros y los demás.

El adecuado conocimiento y manejo de nosotros mismos y de las relaciones sociales se ponen en juego en los procesos de toma de decisiones. Tomar decisiones de manera responsable implica:

- Tener en consideración los marcos éticos y normativos de la comunidad en la que vivimos.
- Evaluar de manera realista las consecuencias de las alternativas posibles ante una situación, teniendo en cuenta el propio bienestar y el de los demás.
- Comprender las renunciaciones y las pérdidas asociadas a una decisión.
- Asumir las consecuencias de las propias decisiones y responsabilizarse de ellas.

Las pequeñas y grandes decisiones están presentes en todos los procesos de acompañamiento educativo y son oportunidades para el desarrollo de actitudes y de competencias sociales y emocionales en general. Existen, además, algunas experiencias que se convierten en oportunidades específicas para facilitar el aprendizaje de la toma responsable de decisiones. Entre ellas, quiero poner el foco en:

- La vivencia del tiempo y el cuerpo.
- El manejo de la incertidumbre y el miedo.
- La gestión del error y la culpa.

La salud se juega hoy en lo cultural, en los estilos de vida contruidos a partir de los significados, los valores y los vínculos. Algunas de las claves de lectura de todo ello, en este inicio de siglo, tienen que ver con la vivencia del tiempo y el cuerpo. Ambas se convierten en retos, comportan riesgos y también ofrecen oportunidades para la acción de los educadores/as (Serrano, 2002). El futuro incierto y la inmediata satisfacción de las necesidades han introducido cambios significativos en la vivencia del tiempo, especialmente entre los jóvenes. La vida se juega en el presente. El futuro ha dejado de ser objeto de deseo. Ello dificulta el establecimiento de proyectos vitales y el ejercicio del pensamiento medios-fines, del que hablábamos al referirnos a la inteligencia intrapersonal. Pero, a cambio, da relevancia a la experiencia



La salud se juega hoy en lo cultural

compartida y, en muchos casos, activa la predisposición a la solidaridad y la acción inmediata, más allá de los intereses o planes individuales.

Aparecen también una sensibilidad nueva hacia las diversidades humanas, una revalorización del cuidado propio y ajeno

Algo similar ocurre con la vivencia del cuerpo. El cuerpo se ha hecho más visible y se sitúa en la centralidad de la calidad de vida. Ello lo convierte en un elemento también central de la espiral de consumo y se acentúan problemáticas como la hipersexualización de la infancia o los trastornos alimentarios. Junto a ello, sin embargo, aparecen también una sensibilidad nueva hacia las diversidades humanas, una revalorización del cuidado propio y ajeno y una nueva forma de mirar también la dimensión espiritual del ser humano.

Acompañar para aprender a decidir sobre el propio tiempo y el propio cuerpo o a respetar el tiempo y los cuerpos de los otros puede parecer una tarea especialmente asociada al trabajo con adolescentes y jóvenes. Sin embargo, existen necesidades y oportunidades similares si hablamos de la diversidad funcional o de género, de las personas privadas de libertad o de la muerte y el duelo, por citar sólo algunos ejemplos.

Sea cual fuere el ámbito, orientar en los procesos de toma de decisiones y en el aprendizaje del ejercicio responsable de los mismos, supone ayudar a afrontar las emociones previas y posteriores a esas decisiones. Decidir implica tensión cognitiva y emocional precisamente porque no tenemos la certeza de que las consecuencias de nuestras decisiones sean positivas. En ocasiones nos falta información y, muchas otras, simplemente es imposible tener control sobre todos los factores que se desencadenan tras una decisión. Ayudar a manejar la incertidumbre tiene que ver con dar herramientas para la búsqueda de esa información y, a la vez, ayudar a aceptar el nivel de riesgo que toda decisión comporta. El manejo del miedo es más complicado y las respuestas ante él son diversas. El miedo (fundamentado o no) nace de la percepción de que no controlamos la situación y de que eso nos pone en peligro. Ese mecanismo que nos puede salvar la vida también es fuente de una parte importante de los problemas humanos (Nardone, 2007). Podemos responder al miedo, básicamente, de tres maneras:

- Evitando la situación que nos genera ese miedo. En el caso de la toma de decisiones, esto se traduce en posponer la decisión hasta que otras personas, o las circunstancias, decidan por nosotros. En la práctica, esta respuesta suele ir asociada a la pérdida de oportunidades y a la percepción de menos control sobre la propia vida, lo cual tiene como resultado, precisamente, el aumento del miedo ante situaciones similares en el futuro.
- Intentar controlar el miedo pensando, hablando o haciendo algo que nos da la sensación de control. En el caso de las decisiones, podemos darle vueltas y vueltas a los pros y contras o a las potenciales consecuencias de las diferentes alternativas, esperando que, a base de insistir, aparezca de manera nítida una decisión que, llena de certezas, diluya el miedo. También podemos hacer algo similar fuera de nuestra mente, mediante

conversaciones recurrentes con las personas cercanas. O, incluso, acudir a velas encendidas, campanas sobre nuestras cabezas u otros rituales tranquilizadores que nos “garanticen” que tomaremos buenas decisiones. Nada de ello, sin embargo, nos proporcionará la certeza que nos permita decidir sin miedo.

- Aceptar que el miedo es una reacción natural, afrontar la situación asumiendo el nivel de riesgo que comporta (y que hemos reducido recopilando la información necesaria y valorando alternativas y consecuencias) y tomar la decisión, dispuestos a responsabilizarnos de sus consecuencias.

Situarnos y ayudar a situar a otras personas en esta última postura tiene relación, también, con la vivencia de los errores y la culpa que pueden aparecer tras una decisión. El error puede ser fuente de sufrimiento y baja autoestima o puede ser una oportunidad para responsabilizarse y aprender de las consecuencias de las propias decisiones. Para que sea así, el educador/a ha de ser capaz de reenmarcarlos o ayudar a interpretarlos teniendo en cuenta las siguientes consideraciones (García Monge, 2002):

- Los errores son un prerrequisito de aprender a vivir, como lo son de cualquier otro proceso de aprendizaje.
- Los errores aportan información útil.
- Los errores son también prerrequisito de la espontaneidad. Y esta lo es de la vida. Ser humano implica actuar sin guión y, a veces, equivocarse.
- Ser responsable de los errores exige ser conscientes de sus consecuencias, realizar los aprendizajes que nos permitan mejorar en el futuro y, en la medida de lo posible, reparar el daño causado a otros (si lo hubiera). Ello no es garantía de que no nos volveremos a equivocar, pero sí lo es de un proceso de mejora permanente como personas.

Toma de decisiones, conciencia social, capacidad de relacionarse, autoconocimiento y autocontrol son competencias que educadores y educadoras pueden ayudar a desarrollar a otras personas y también forman parte del repertorio competencial propio. Son, a su vez, competencias nucleares para crecer de manera íntegra y saludable y hacer frente a las dificultades que la vida presenta. Precisamente porque la vida es cambiante e imprevisible, son competencias en permanente proceso de actualización y mejora y, a la vez, que permiten a los educadores y educadoras un impacto positivo en la vida de los otros. Pueden, también, facilitar el propio bienestar y satisfacción profesional. Por todo ello, podemos afirmar que son competencias centrales en la aportación que los educadores y educadoras realizan como agentes de salud. Esta aportación puede contribuir al desarrollo de políticas coherentes con una concepción integral de la salud y a la resolución, por tanto, de las paradojas que repasábamos al inicio de este artículo. Y, si elevamos la mirada, en este complejo inicio del siglo XXI, son competencias que probablemente facilitan los cambios sociales con los que algunos soñamos: “Soñamos con



Los errores son un prerrequisito de aprender a vivir

un curso civilizatorio diferente, que hubiera buscado otras metas y fomentado otros valores: acoger al extraño, cuidar lo frágil, hacer las paces con la naturaleza, aceptarnos como los vulnerables seres mortales que somos” (Riechman, J., 2013).

Paco López Jiménez

Profesor de la Facultad de Educación Social y Trabajo Social

Pere Tarrés - URL

plopez@peretarres.org

Bibliografía

Bridgeland, J.; Bruce, M.; Hariharan, A. (2013). *The Missing Piece: A National Teacher Survey on How Social and Emotional Learning Can Empower Children and Transform Schools*. 58.

Colomer, C.; Álvarez-Dardet, C. (2001). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.

Costa, M.; López, E. (1989). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.

Costa, M.; López, E. (1996). *Manual para el educador social: afrontando situaciones*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Centro de Publicaciones.

Costa, M.; López, E. (2008). *Educación para la salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables*. Madrid: Pirámide.

Díaz, J.; Civis, M. (2011). Redes socioeducativas promotoras de capital social en la comunidad: un marco teórico de referencia. *Cultura y Educación*, 23(3), 415-429.

García Monge, J. A. (2002). Autoestima y salud. En *La Educación para la Salud del siglo XXI* (2ª, pp. 107-118). Madrid: Díaz de Santos.

Gardner, H. (2017). *Estructuras de la mente: la teoría de las múltiples inteligencias* (2ª). México: Fondo de Cultura Económica.

Goleman, D. (2012). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

López, P. (2015). La lógica estratégica en la intervención social y educativa. En *Inteligencia profesional. Ética, emociones y técnica en la acción socio-educativa* (pp. 113-136). Barcelona: Claret.

López, P.; Rosa, G. (2014). El desarrollo de competencias para la promoción de la resiliencia: buenas prácticas y procesos formativos en Educación Social. *Edetania. Estudios y propuestas socio-educativas*, 45, 145-164.

Musitu, G.; Herrero, J.; Cantera, L. M.; Montenegro, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Editorial UOC.

Nardone, G. (2006). *Corrígeme si me equivoco*. Barcelona: Herder.

Nardone, G. (2007). *Miedo, pánico, fobias. La terapia breve*. Barcelona: Herder.

Nardone, G.; Portelli, C. (2009). *Conocer a través del cambio. La evolución de la terapia breve estratégica*. Barcelona: Herder.

Quesada, C. V. (2006). El enfoque de resiliencia en Trabajo Social. *Acciones e investigaciones sociales, 1*, 466.

Riechman, J. (31 de julio de 2013). Una modernidad alternativa [Blog post]. Tratar de comprender, tratar de ayudar. Recuperado de <http://tratarde.org/una-modernidad-alternativa/>

Segura, M. (2002). *Ser persona y relacionarse: habilidades cognitivas y sociales, y crecimiento moral*. Madrid: Narcea.

Serrano, M. I. (Coord.) (2002). *La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud (2ª)*. Madrid: Díaz de Santos.

Spivack, G.; Shure, M. B. (1974). *Social adjustment of young children: a cognitive approach to solving real life problems*. San Francisco: Jossey-Bass.

Vaniestendael, S. (1997). *La resiliència o el realisme de l'esperança. Ferit però no vençut*. Barcelona: Claret.

Vilar, J.; Riberas, G.; Rosa, G. (2014). El compromiso de la universidad frente a un mundo incierto y complejo: propuestas para la formación de profesionales reflexivos. *Lugares de Educaçao, 4*(9), 132-149.

Vygotski, L. (2003). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.

