

Proyecto de Intervención social con grupo de adolescentes: desarrollo de habilidades sociales para la resolución no violenta de conflictos.

Verónica Haydée Ardenghi, Blanca Estela López Torres y Greice Andréa Barbosa Machad.

Cita:

Verónica Haydée Ardenghi, Blanca Estela López Torres y Greice Andréa Barbosa Machad (2011). *Proyecto de Intervención social con grupo de adolescentes: desarrollo de habilidades sociales para la resolución no violenta de conflictos*. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/70>

IX Jornadas de Sociología. Pre ALAS Recife 2011

Capitalismo del siglo XXI, crisis y reconfiguraciones. Luces y sombras en América Latina

Mesa 07 Jóvenes, socialización y salud.

Coordinación: Pablo Francisco Di Leo y Ana Clara Camarotti

Proyecto de Intervención social con grupo de adolescentes: Desarrollo de habilidades sociales para la resolución no violenta de conflictos

Verónica Haydée Ardenghi (Argentina)¹ veronica.arden@gmail.com

Blanca Estela López Torres (México)² : blancaelt@yahoo.com

Greice Andréa Barbosa Machado (Brasil)³ mgreice@gmail.com

Palabras clave: Juventud, Violencia, Promoción en Salud, Habilidades Sociales, Prevención

INTRODUCCIÓN

Dentro de las discusiones actuales de las ciencias sociales, la violencia se presenta como una problemática de central importancia. Este tema se torna aún de más relevancia en Brasil porque atraviesa a la sociedad toda e impacta de forma directa en la calidad de vida de la población.

En Porto Alegre, ciudad del estado de Río Grande do Sul al sur de Brasil, el equipo de la Unidad de Salud Comunitaria Costa, realizó una estimativa rápida, identificando que la violencia es uno de los problemas más significativos para la comunidad del barrio en el que actúa.

Entendiendo que la violencia tiene causas estructurales muy relacionadas a los niveles sociales y económicos en el barrio Costa e Silva, desde el año 2008 ya existe la organización del equipo junto a la comunidad tratando de actuar sobre dichas causas estructurales. Esta organización comunitaria está relacionada al actual proceso de construcción participativa de políticas sociales de seguridad pública fomentada por el gobierno federal.

Teniendo en cuenta que la violencia representa una cuestión de salud en este contexto, pues tiene consecuencias directas en la calidad de vida de las personas, se propone este proyecto de intervención grupal. La Unidad de Salud Costa y

¹ Licenciada en Sociología, Docente e Investigadora de la Universidad Nacional de La Plata.

² Licenciada en Psicología y Terapeuta Familiar Sistémico, Docente de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

³ Trabajadora Social. Profesional del *Grupo Hospitalar Conceição* de Porto Alegre/Brasil.

Las tres autoras son graduadas de la Maestría en Intervención Social con Individuos, Familias y Grupos, Universidad Pública de Navarra, España. Becarias de Fundación Carolina.

Silva, al constituir una unidad de atención primaria en salud, es responsable de la asistencia, prevención y promoción de salud en el barrio, y más aún, **debe desarrollar acciones intersectoriales, integrando proyectos sociales y sectores afines dirigidos a la promoción de la salud.**

La estimativa rápida realizada por el equipo, y las investigaciones realizadas por expertos en este tema, demuestran que la población joven es la más involucrada en la criminalidad y que presenta mayor cantidad de muertes por causas violentas. Por esta razón en Brasil hablar de violencia es también hablar de un problema de salud.

Para tener un impacto en este problema y desde una perspectiva de prevención de la violencia, decidimos proponer una **intervención grupal con adolescentes para el desarrollo de habilidades sociales de convivencia para la resolución no violenta de conflictos.** La metodología está fundamentada en la Teoría de la Acción Comunicativa de Habermas y en el Modelo Socio Afectivo. Dicho modelo se centra en la construcción social de la experiencia humana, entendiendo que toda construcción puede ser cambiada y transformada a través de experiencias grupales y personales significativas, orientadas con otros valores, expectativas y objetivos.

La intervención grupal fue elaborada a partir de un Taller de Cine, pues este representa un medio que despierta el interés en participar de los adolescentes dado que tienen una familiaridad con los medios audiovisuales. La institución en este momento dispone de bastantes recursos del sector cultural en razón del reciente Acuerdo de Cooperación firmado por los Ministerios de Salud y de Cultura de Brasil.

A través del abordaje grupal en 12 sesiones, se trabajarán competencias de colaboración y diálogo, permitiendo poner en acto y hacer propias estas habilidades, mientras se desarrolla el propio proyecto de cine.

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Teoría de la acción comunicativa

Para la fundamentación teórica de nuestro trabajo recuperamos un concepto central de la obra del alemán J. Habermas, que es de acción comunicativa. Según dicho autor, la **acción comunicativa**, es un tipo de acción racional **orientada al entendimiento**, orientada al consenso intersubjetivo. Retoma de Heidegger y de Husserl las nociones de mundo de la vida y de comprensión intersubjetiva, que tienen que ver con una esfera en la cual es posible el entendimiento libre de coacción (Habermas, 2001).

Habermas dice que en la propia relación de comunicación hay supuesta una pretensión de universalidad, de búsqueda de la verdad o de validez, un tipo de

forma de vinculación que presupone el acuerdo con el otro. Uno puede suponer que en el amplio mundo de las relaciones sociales, buena parte de ese mundo está copado por otras formas de acción, pero hay espacios desde los cuales donde hay un germen de acción y de racionalidad que no puede ser reducido a la forma teleológica, porque de lo contrario, el conjunto de la vida social se rompería. En la propia lógica de la relación de amistad o amorosa, por el mero hecho de ser partícipe en la relación, está de alguna manera puesta la idea de una comunicación entre pares en el que las estrategias de imposición estarían rompiendo la relación misma.

Según Habermas, quienes entran en un diálogo para la búsqueda de la verdad, o de la belleza, están aceptando de hecho la idea de una búsqueda libre de coacciones. A esto lo denomina como una situación ideal de habla entre dos o más partícipes, los cuales aceptan que lo que puede haber entre ellos es una relación de mutuo acuerdo, consenso convergencia de sentimientos; pero no una dominación. El hecho de entrar en una relación de dominación, supondría romper el propio espacio de relación intersubjetiva que este tipo de acción presupone, es decir, donde entra la idea de dominación de uno con el otro, se quiebra este espacio, pero eso no significa que esos espacios no existan, de hecho el mundo de la vida es lo más cercano a los espacios permeados por este tipo de acción.

Habermas cree que puede fundamentarse en la propia práctica del lenguaje, en el que la entrada en un **diálogo**, supone la aceptación por parte de los interlocutores de ciertas reglas de juego. Sigue siendo un tipo ideal, pero también es cierto que hay esferas de la realidad social donde se acercan a esta esfera de la acción comunicativa.

Modelo socioafectivo

El modelo socioafectivo se centra en *la construcción social de la experiencia humana*, (Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A. C. , 2008) la cual es influida por el entorno inmediato y el macrocontexto, como construcción social, la experiencia humana puede ser transformada a través de experiencias grupales y personales significativas, orientadas con otros valores, expectativas y objetivos. Se centra en la persona y en los medios por los cuales se “conecta” con el mundo en que vive, de esta manera, los sentidos son estimulados para que la persona exprese lo que le mueve, siente y habita en momentos de experiencia original. Se rescata la propuesta de la revolución de los sentidos, el resignificar y reposicionar la experiencia corporal en los procesos sociales de aprendizaje, por lo que se encuentra adscrito a la visión liberadora de la educación en tanto humanización y transformación de la sociedad con justicia, paz y respeto irrestricto a los derechos humanos. *Se basa en la **solidaridad, la empatía y la ética de la vida**. Alude a la experiencia fundada en los sentidos, las emociones, el placer de vivir, de sentir y de con-vivir.* (Amnistía Internacional, 1997).

Antecedentes del concepto de violencia

De acuerdo con el concepto de violencia expuesto por la UNESCO y la OMS se define que hay violencia cuando, en una situación de interacción, uno o varios sujetos actúan en forma directa o indirecta, concentrada o dispersa, causando daños a una o a más personas en diferentes grados, ya sea en su integridad física, en su integridad moral, en sus posesiones o en sus participaciones simbólicas y culturales (Espinar, 2008). Para visualizar y medir la violencia expone los siguientes indicadores en el Mapa de la Violencia: Los Jóvenes de América Latina del 2009.

- a) Defunciones por accidentes de transporte: como indicador de la violencia cotidiana en las calles y en los ámbitos de convivencia pública.
- b) Homicidios, como indicador, por excelencia, de diversas manifestaciones de violencia que tengan como resultado la muerte de alguno de los antagonistas.
- c) Suicidios, como indicador de violencia, que el ser humano dirige contra sí mismo.
- d) Muertes por armas de fuego, cuya identidad se expresa a través del instrumento que ocasionó la muerte: un arma de fuego, utilizada en diversas circunstancias.

Buvinic define violencia como el uso de la fuerza como la amenaza de uso que juega un papel fundamental en las percepciones sobre la violencia y sobre la seguridad en un contexto determinado. La definición de violencia hace énfasis en el uso o amenazas de uso de la fuerza con la intención de dañar, mientras que la definición del crimen presta mayor énfasis a la descripción y tipificación de ciertas conductas ilegales, es así como existen tanto el crimen no violento como de la violencia no criminal, por tanto es un fenómeno complejo, multidimensional, y que obedece a factores psicológicos, biológicos, económicos, sociales y culturales (Buvinic, Marrison, & Rolando, 2005).

Teresa Farnos de los Santos (2005), propone que los factores de riesgo en los adolescentes podrían ser clasificados de la siguiente manera:

En el ámbito personal, la violencia es manifestada como un síntoma de una socialización inadecuada, las conductas violentas en los varones que se dan son mayoritariamente debidas a educación en estereotipos de género, mayor frecuencia de castigos y menor nivel de empatía. La intensidad de la agresión en los adolescentes violentos se da principalmente entre 10 y 13 años; sin embargo un mayor número de conductas delictivas se da en menores entre 14 y 17 años. Las conductas agresivas se correlacionan positivamente con indicadores de personalidad neuróticos y de extroversión y negativamente con indicadores de personalidad de conciencia, cordialidad y apertura. Cuando el autoestima es bajo, entendiendo autoestima como la auto valía personal, da lugar a la frustración y a una afectividad negativa que puede implicar conductas destructivas y autodestructivas. Falta de empatía, impulsividad, baja auto eficiencia, bajo

rendimiento escolar, consumo de sustancias tóxicas, son otros indicadores incluidos en el ámbito personal de los factores de riesgo.

En el ámbito familiar incluye: familias disfuncionales, estructuras familiares inadecuadas, trastornos mentales en los padres, criminalidad en el padre o la madre, parentalidad inadecuada, apego inseguro, estilos de crianza inadecuados.

En el ámbito social incluye la marginalidad social, la influencia de los medios de comunicación, la influencia del grupo de iguales en lo que influye la exclusión social, la pertenencia a pandillas.

En los factores culturales considera la crisis de valores, pérdida de respeto a los símbolos de autoridad, desvalorización de las instituciones, ideologías destructivas y permisividad social.

En su exposición también incluye factores protectores en los que incluye: disciplina, supervisión, parentalidad positiva y habilidades de resolución de problemas.

Concepto de adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera en general que los adolescentes (jóvenes de 10 a 19 años) son un grupo sano y que es un periodo de grandes cambios físicos y psicológicos y profunda transformación de las interacciones y relaciones sociales.

2. EL PROBLEMA EN SU CONTEXTO. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Violencia y adolescencia en Brasil (Waiselfisz, 2008)⁴

En la década 1996/2006, el número total de homicidios registrados por el SIM (SIM Subsistema de información sobre mortalidad) pasó de 38.888 a 46.660, lo que representa un incremento del 20%, levemente superior al crecimiento de la población que fue del 16,3% en ese mismo período. El número de homicidios sufrió un crecimiento regular hasta el año 2003, con incrementos elevados, en torno al 4,4% al año. Ya en 2004, esa tendencia histórica se revirtió de forma significativa. El número de homicidios bajó casi 5,2% en 2004 en relación al 2003, directamente relacionado con las políticas de desarmamento desarrolladas en ese año. En los años subsiguientes, las tasas de homicidios continuaron cayendo de forma significativa, pero a un ritmo menor. Así, entre 2003 y 2006, las caídas anuales fueron del orden del 2,9%. Ese dato, en general, puede ser directamente

⁴ Información citada de Waiselfisz, J. J. *Mapa de la violencia: los jóvenes en América Latina 2008*. Brasilia, RITLA, Instituto Sangari, Ministerio de Justicia y Gobierno Federal de Brasil. 2008 y Waiselfisz, J. J. *Mapa da violência dos municípios brasileiros 2008*. Brasília, Ritla, Sangari, Min. da Saúde, Min. da Justiça. 2008

atribuido a las políticas de desarmamento, que retiraron de circulación un número significativo de armas de fuego y reglamentaron legalmente su compra, porte y utilización. No obstante estos datos que parecen alentadores no se condicen con la situación de los jóvenes.

Homicidios Juveniles

Entre 1996 y 2006, los homicidios en la población de 15 a 24 años de edad pasó de 13.186 a para 17.312, representando un aumento del 31,3%. Ese crecimiento fue superior al experimentado por los homicidios de la población total que fue de 20% en ese período.

Violencia y adolescencia en Porto Alegre (Waiselfisz, 2008)

Porto Alegre es la capital de Rio Grande do Sul, tiene una población de 1.400.000 habitantes de la cual 257.300 son jóvenes de 15 a 24 años.

En cuanto a los homicidios se encuentra entre las 12 ciudades donde más muertes se cometen en el país.

2002	2003	2004	2005	2006	Tasa media
560	508	566	573	511	39,5*

En el caso de los Jóvenes los datos son aún mayores, la tasa media de homicidios de jóvenes es de 73,8 cada 100.000.

2002	2003	2004	2005	2006	Tasa media
224	199	236	235	190	73,8*

*Tasa cada 100.000 habitantes

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

El Sistema Único de Salud de Brasil (SUS)

A partir del proceso de redemocratización de Brasil y de su Constitución 1988, emerge un nuevo sistema de atención a la salud, bajo lo cual el Estado se configura como responsable por su ejecución y cualquier ciudadano brasileño tiene derecho al acceso de los servicios y acciones de salud, diferentemente a la política anterior de carácter contributivo. El Sistema Único de Salud – SUS fue formalizado por la Constitución de 1988, en la cual fueron definidos principios, directrices, características y organización del mismo, detallado en la Ley Orgánica de Salud de 1990.

El SUS tiene como objetivo pasar de un modelo centralizado en servicios de salud, como: hospitalización y medicina familiar, a un modelo dirigido a las acciones de prevención y de promoción de salud, basado en actividades principalmente colectivas y participativas que convocan, además de los gestores y los trabajadores, a los usuarios como promotores de acciones de producción de salud. De la visión del hombre individual, se pasó a una visión de hombre integral, miembro de una familia y de una comunidad, además de poseedor de una historia de vida y de salud.

La Política de Atención Básica en Salud

Es sobre el primer nivel de atención, denominado baja complejidad que nos fijaremos en este trabajo, pues la planificación aquí propuesta se refiere a una unidad de salud de atención básica.

La atención básica se caracteriza por un conjunto de acciones de salud, en el ámbito individual y colectivo, que incluyen la promoción y la protección de la salud, la prevención de problemas de salud, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la manutención de la salud. Desarrollase a través del ejercicio de prácticas gerenciales y de salud democrática y participativa, con trabajo de equipo, dirigidas a poblaciones de territorios delimitados, por los cuales cada unidad de atención básica tiene responsabilidad sanitaria.

La atención básica considera el sujeto en su singularidad, en la complejidad, en la integralidad y en la inserción socio-cultural y busca la promoción de su salud y prevención y tratamiento de enfermedades y la reducción de daños o de sufrimientos que puedan comprometer sus posibilidades de vivir de manera saludable (Ministério da Saúde Brasil, 2006).

Grupo Hospitalario Conceição - GHC

Formado por los hospitales Nossa Senhora da Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor, Fêmeina, un CAPS - Centro de Atención Psicosocial (Salud Mental), un CAPS-AD – Centro de Atención Psicosocial (Álcool y otras drogas) y un SSC – Servicio de Salud Comunitaria con doze Unidades de Salud, el Grupo Hospitalario Conceição - GHC es vinculado al Ministerio de la Salud y actúa integrado a la red de salud local y regional. Atiende a la población de la ciudad de Porto Alegre, región metropolitana y interior del Estado de Rio Grande do Sul.

El Grupo Hospitalario Conceição - GHC con el reto de crear y divulgar actividades culturales, hizo un convenio con el Ministerio de la Cultura y consiguió verba (dinero) para elegir, a través de un proceso selectivo claro y democrático, 10 puntos de cultura en su área de comprensión.

Ya en 2007, el Ministerio de la Cultura y el Ministerio de la Salud (MS) firmaron un acuerdo de cooperación en que está previsto el desarrollo de acciones conjuntas.

El acuerdo de cooperación entre los dos ministerios pretende potencializar la mejora del atendimento al ciudadano brasileño por medio de instrumentos que favorezcan y faciliten la articulación de la red pública de atendimento a la salud con la red de servicios del sector cultural.

El Ministerio de la Salud ve la cultura como elemento de promoción de salud. Los ministerios entonces propusieron la “Acción Cultura y Salud” (Cultura, Gobierno de Brasil). Esta tiene como objetivo ampliar y cualificar los procesos de promoción de la salud por medio de actividades culturales, reconociendo el ser humano como ser integral y la salud como cualidad de vida. La iniciativa promueve y fomenta acciones que utilicen los más diversos lenguajes culturales como forma de potencializar y democratizar el acceso a las políticas de salud en beneficio de la población brasileña.

La Red de Puntos de Cultura del Grupo Hospitalario Conceição hace parte de esta iniciativa. Fueron elegidos 10 servicios de la sociedad civil que ya desarrollan actividades culturales dentro del área de comprensión de los servicios del GHC.

Servicio de Salud Comunitaria – SSC

El Servicio de Salud Comunitaria – SSC pertenece al Grupo Hospitalario Conceição. Cada unidad de salud tiene un determinado territorio bajo su responsabilidad sanitaria. Los equipos son multidisciplinares. El Servicio forma especialistas en Salud Comunitaria a través de programas de postgrado financiados por el Ministerio de la Salud, los cuales son ofrecidos a diferentes áreas profesionales: médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, farmacéuticos, odontólogos.

Unidad de Salud Costa e Silva: el barrio y sus problemas de violencia

La Unidad de Salud Costa e Silva es una de las 12 unidades que pertenecen al Servicio de Salud Comunitaria/GHC. Esta unidad presta servicios al barrio Costa e Silva, que está ubicado en la región norte de la ciudad de Porto Alegre. Esta unidad cuenta con equipo multiprofesional formado por: médicos de familia, enfermeras, técnicos de enfermería, odontólogo, trabajadora social, psicóloga, agentes comunitarias de salud.

Hace un año empezó a implantar el método de gestión colegiada propuesto por el Servicio de Salud Comunitaria, buscando descentralizar el poder, compartir la toma de decisiones y dividir algunas áreas de gestión por subgrupos en el equipo.

En 2008 Las internaciones hospitalarias de jóvenes por razones sensibles a la Atención Primaria en el barrio sumaran 44% del total de internaciones en este

grupo poblacional⁵. A pesar de la renta familiar en el barrio no ser considerada tan baja hay una escasez de recursos apuntada en el discurso de los moradores. Lo que se dice es que hubo una articulación antes para tener acceso al mínimo de recursos, pero eso no se desarrolló más y las políticas sociales no avanzaran, principalmente para **recursos para los jóvenes. Falta escuela secundaria, no hay asociaciones de barrio que puedan organizar sus demandas, no hay actividades de ocio o de iniciación laboral para los jóvenes. Estos tienen que pagar autobuses para ir a la escuela secundaria, que muchas veces es nocturna.**

El relato de la escuela del barrio también apunta un grande número de evasiones escolares en la adolescencia, uso o involucramiento con el mundo de las drogas y muchos alumnos no evadidos, pero con baja frecuencia escolar, se observa también bajo rendimiento escolar. Según los profesores, relatan percibir que los adolescentes tienen dificultades de expresarse, hablar de los sentimientos y suponen que eso influye en el desarrollo de un comportamiento más agresivo en la escuela. Perciben el aumento de la intolerancia, del individualismo y encuentran dificultades para desarrollar actividades cooperativas.

Una de las estrategias de actuación sobre el tema violencia que el Consejo Local de Salud y el equipo de salud buscó fue justo unirse a articulaciones con otros servicios para buscar soluciones macro, o sea, cambios en la política de seguridad, incluyendo políticas sociales que tengan en cuenta la prevención. Por otro lado, nos planteamos posibilidades de intervención que cabrían al ámbito de la atención básica en salud, puesto que es un tema muy recurrente.

4. JUSTIFICACIÓN

Para aproximarnos a la problemática de violencia con adolescentes se propone un proyecto de intervención con un grupo conformado para los fines específicos a este trabajo, pues la institución no cuenta con grupos cautivos. La forma de abordar la temática la haremos a partir de un **taller de cine** ya que consideramos que es un medio factible para que despierte el interés en participar a los adolescentes, dadas las características de la población y la familiaridad que tienen con los medios audiovisuales.

Este será un grupo con **finalidades preventivas** de violencia y no un grupo terapéutico o de solución de una problemática específica. Los participantes serán invitados a participar y asistirán por su propia voluntad y interés.

⁵ Las razones sensibles de la Atención Primaria son todas aquellas que podrían haber sido evitadas en el nivel de atención básica. Desde enfermedades tratables en la Atención Básica hasta razones externas, como agresiones físicas. Si vemos el porcentual, este es muy representativo.

Los objetivos serán abordados implícitamente a través de un taller de cine. A través de las actividades de introducción a la producción cinematográfica, se facilitará el desarrollo de habilidades sociales para resolución no violenta de conflictos. Así que la producción cinematográfica se configura casi como una excusa para alcanzar los objetivos. En la experiencia profesional se ha observado que las actividades culturales tienen mayor impacto en esta población.

- El hecho de llevar a cabo una intervención intersectorial entre la Salud y Cultura está también relacionado con el contexto institucional. El Sistema Único de Salud de Brasil prevé que la atención básica desarrolle acciones intersectoriales, integrando proyectos sociales y sectores afines, dirigidas a la promoción de la salud.

Además, estamos en el momento más propicio para utilizar de acuerdos con servicios del sector cultura, ya que la propia institución está gestionando recursos financieros para esta área a fin de hacer puentes con el sector salud, en conformidad con el acuerdo de cooperación entre los ministerios de salud y de cultura ya mencionado en el capítulo que trata del Contexto Institucional. Acuerdo este que tiene entre sus objetivos potencializar y democratizar el acceso a las políticas de salud.

Para poner en práctica estos objetivos en el área que atiende la Unidad de Salud Costa e Silva, contamos con la Asociación Comunitaria Rubem Berta, que es referencia para el barrio, y es uno de los puntos de cultura gestionados por el Grupo Hospitalario Conceição. Por ser un punto de cultura, dispone de equipamiento y recursos humanos para el área de audiovisual y radio.

Aún desde el punto de vista del Contexto Institucional, hay que tener en cuenta que uno de los fundamentos de la Atención Básica en Salud es “desarrollar relaciones de vínculo y responsabilización entre los equipos y la población adscrita garantizando la continuidad de las acciones de salud y la longitudinalidad del cuidado”. Ahora mismo, no se puede decir que la población joven y equipo de salud tienen relaciones de vínculo, pues no hay acciones dirigidas a este público y tampoco demanda explícita de este público dirigida al equipo.

Conforme ya presentamos, la Atención Básica considera el sujeto en su singularidad, en la complejidad, en la integralidad y en la inserción socio-cultural. Debe buscar la promoción de su salud y prevención y tratamiento de enfermedades y la reducción de daños o de sufrimientos que puedan comprometer sus posibilidades de vivir de manera saludable.

Por esta razón, nos parece imprescindible que el ámbito salud promueva intervención preventiva, en dimensiones del complejo tema de la violencia, los cuales comprometan las posibilidades de los jóvenes de vivir de manera saludable.

Conforme ya planteado antes, el problema violencia relacionado a la fase de la adolescencia es complejo y de causas estructurales. Sobre el problema de violencia a nivel estructural, el equipo junto al consejo local de salud ya están actuando junto al foro local de seguridad pública, participando de las discusiones y de la construcción de una nueva política de seguridad pública que incluya la actuación sobre las causas sociales y económicas de la violencia.

La intervención específica en salud posible entonces, es la de **intervenir en factores de riesgo psicosociales**. Por esto el objetivo de esta intervención es **desarrollar habilidades sociales de convivencia para la resolución no violenta de conflictos**. Así que se justifica un **abordaje grupal**, y no individual, pues para trabajar competencias de colaboración y diálogo, un trabajo grupal permite poner en acto y hacer propias estas habilidades, mientras se desarrolla el propio proyecto.

La utilización de un taller de cine que sea introductorio a la producción cinematográfica, además de ser una buena manera de despertar el interés de los jóvenes, se configura como una actividad que propone un proyecto común. Esto posibilitará a los participantes que integren un equipo de trabajo de forma colaborativa, en dónde vivenciarán a partir de la experiencia de elaboración de un cortometraje los conflictos que conllevan un trabajo en equipo. De esta manera podrán desarrollar habilidades de organización, comunicación, cooperación etc. Otra ventaja de la elección del área de audiovisuales para el desarrollo de la intervención grupal en prevención de violencia es el hecho de que esta generación de adolescentes se ha desarrollado dentro de una cultura audiovisual, por lo que resulta más próximo a su lenguaje y su cultura.

Ya que para los adolescentes los medios audiovisuales son un lenguaje familiar y próximo a su cultura, el utilizar este mismo lenguaje en la producción de una película resulta más significativo en su aprendizaje y desarrollo de competencias sociales.

La producción cinematografía ofrece elementos útiles al desarrollo de dinámicas vivenciales que propicien el desarrollo de habilidades. El cine es interdisciplinario (teatro, literatura, plástica, fotografía, música, etc.) por eso permite a los participantes explorar sus habilidades e identificarse con alguno de los roles que un proyecto audiovisual implica. Favorece el respecto a las diferencias valorando la diversidad, ya que el ser diferentes enriquece y posibilita el éxito del proyecto. Además, propicia la creatividad en el sentido del desarrollo de ideas propias de manera inventiva y razonada, lo que debe resultar que encuentren soluciones alternativas a los diferentes problemas que se identifiquen.

El producir una película supone el negociar, acordar, dialogar, discutir, elegir, proponer, comunicar, expresar, analizar, tomar decisiones, escuchar, colaborar, resolver conflictos, externalizar las ideas, aprender a tolerar la frustración

protagonizar un proceso de construcción, apropiarse del trabajo, responsabilizarse de sí mismo, de su trabajo e instrumentos de trabajo.

El arte es hacer, es expresión metafórica y simbólica de una realidad. Por no suponer una expresión concreta ni dogmática, permite vivenciar las emociones y no solo lo racional. Se pone el cuerpo, sentimientos, así que lo racional no es el único elemento con lo que se trabaja. Posibilita que se exhiba el individuo, lo cual se compromete, se atraviesa. Este atravesamiento / compromiso ayuda en que se pongan en lugar de actores y protagonistas de su propia vida, que sean activos y proactivos en sus decisiones.

Otra ventaja es que el producto de este proyecto se puede presentar en diferentes escenarios de la comunidad. Entonces, esto podría ser un elemento motivador en la cohesión del grupo, su identidad y fortalecimiento de su autoestima. El producto del taller tendrá la posibilidad de continuar exponiéndose una vez realizado.

Para pensar esta intervención preventiva sobre factores psicosociales de riesgo para la violencia, nos apoyamos en el **Modelo Socioafectivo**. A través de este modelo se pretende una construcción social de la experiencia humana, lo cual supone que lo más íntimo de la experiencia humana, como las emociones, los sentimientos, las expresiones, la imaginación, la sensibilidad, la intuición, la empatía, la agresión, la solidaridad, etc., no son procesos humanos naturales y aislados, sino que se encuentran influidos por el entorno inmediato y el macrocontexto; que, en tanto construcción, puede ser cambiada, transformada a través de experiencias grupales y personales significativas, orientadas con otros valores, expectativas y objetivos; que, en tanto experiencia humana, este modelo se centra en la persona y los medios a partir de los cuales se “conecta” con el mundo en que vive, por lo que sus sentidos (tacto, vista, oído, gusto) serán estimulados de manera tal que la persona expresará lo que le mueve, lo que siente, lo que la habita en esos momentos de experiencia original.

Los participantes del grupo no pueden incidir directamente en la estructura social que les desborda, pero sí pueden, como miembros de esta estructura, **hacer cambios en su propio actuar**. Por esta razón en este proyecto de intervención nos proponemos desarrollar las habilidades sociales de convivencia para la resolución no violenta de conflictos.

Para eso, estamos centrándonos en algunas categorías centrales:

Auto-estima: Se define como el aprecio que sentimos hacia nosotros mismos. Está relacionada con la confianza, el respeto y el cuidado que nos procuramos. Supone conocerse a sí mismo, identificando lo que nos gusta o nos disgusta, para lo que se es bueno y lo que cuesta más trabajo hacer; así como los sentimientos y las emociones que experimentamos en diversas situaciones, nombrándolas y expresándolas apropiadamente.

Tolerancia y respeto a la diversidad: El respeto se entiende como reconocer la existencia y la individualidad de las demás personas, sin estigmatizar o etiquetar sus acciones y pensamientos que nos lleven a desarrollar un comportamiento discriminatorio, sin rebasar los límites de la o del otro.

Comunicación Asertiva: Es la habilidad de decir, sentir, pensar y actuar de manera clara, directa y sin utilizar la violencia, implicando saber decir sí o no de acuerdo con lo que realmente queremos. Se relaciona con a capacidad de pedir ayuda cuando necesitamos.

Cooperación y Colaboración: Son formas de convivencia en las que se acepta las diferencias y la interdependencia positiva.

Pensamiento crítico-creativo para la toma de decisiones: Es desarrollar ideas propias de manera inventiva y razonada desde ángulos distintos que permita elegir entre varias opciones, siendo consciente de que elegir significa siempre una renuncia a las otras opciones, lo cual incide en la vida personal, familiar o comunitaria en el presente o en el futuro, es decir supone consecuencias.

Estas categorías servirán de base para la creación de los objetivos del proyecto de intervención.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general:

Desarrollar habilidades sociales de convivencia para la resolución no violenta de conflictos

Objetivos específicos:

Que los participantes puedan:

- Identificar sus propias fortalezas.
- Desarrollar comportamientos que denoten respeto hacia sí mismos y hacia los demás.
- Desarrollar el dialogo y la comunicación.
- Aprender a trabajar en colaboración estableciendo acuerdos.
- Proponer soluciones creativas a un problema.

6. METODOLOGÍA

Público:

El proyecto está dirigido a adolescentes entre 13 y 15 años, pues tenemos en cuenta que la intensidad de la agresión en los adolescentes violentos se da principalmente entre 10 y 13 años; sin embargo un mayor número de conductas delictivas se da en menores entre 14 y 17 años. Por eso es importante prevenir en un período anterior.

Estrategia de reclutamiento:

Las inscripciones serán de 25 plazas previendo posibles deserciones. Se contará con el apoyo de los Agentes Comunitarios de Salud - ACS de la Unidad de Salud para captación de los participantes. Los agentes comunitarios recibirán orientación sobre el perfil de inclusión y exclusión para el grupo, de tal manera que busquen los participantes en la comunidad.

Criterios obligatorios de inclusión al grupo:

- Adolescentes entre 13 y 15 años
- Sexo: varones y mujeres
- Que vivan en el barrio Costa e Silva

Se establecieron estas edades entre 13 y 15 años ya que los estudios revisados manifiestan que un mayor número de conductas delictivas en adolescentes entre 14 y 17 años, y pretendemos prevenir que lleguen a esas conductas delictivas.

Se estableció que el grupo será mixto cuanto al género, porque a pesar de la mayor frecuencia de conductas delictivas ser observada en hombres, tampoco es exclusiva. Por eso, desde una perspectiva de prevención, se decidió incluir a hombres y mujeres.

Se estableció que los adolescentes serán todos del barrio porque la unidad de salud organiza acciones exclusivamente para este barrio.

Criterios de inclusión al grupo de los cuales se debe presentar al menos uno:

- Que presenten bajo rendimiento escolar.
- Que presente alto nivel de ausentismo a la escuela
- Que presente deserción escolar.
- Que hayan consumido algún tipo de droga, incluyendo alcohol y tabaco.

Estos criterios de inclusión se eligieron en función de los factores de riesgo antes desarrollados y de las observaciones de la problemática prevalente en el Barrio Costa e Silva.

Criterio de exclusión:

- Que presenten síntomas psiquiátricos activos.
- Que haya estado en algún reformatorio por cometer delitos.

El primer criterio se establece para garantizar que todos los participantes puedan estar en las mismas condiciones de interacción en el grupo.

El segundo criterio se establece por que este proyecto se pretende que sea un trabajo preventivo y no de readaptación social.

Observaciones:

- Los agentes comunitarios de salud buscarán participantes que no presenten enfrentamientos sociales, como pandillas rivales, familias enfrentadas etc.
- Los agentes comunitarios de salud, en la fase de reclutamiento, aplicarán un cuestionario que servirá al equipo que llevará a cabo la intervención grupal para tener informaciones previas sobre los participantes. Además será parte de la evaluación, con finalidad de comparar los resultados al final de la intervención.
- El equipo tendrá la facultad de valorar la permanencia o no de algún participante cuando se ponga en riesgo la integridad del grupo o de alguno de ellos. Teniendo en consideración las reglas de convivencia manifestadas durante la primera sesión.

Reglas:

- Puntualidad y compromiso con la asistencia: habrán que observar la puntualidad y tener un 75% de asistencia a las sesiones.
- Mantener una convivencia cordial: observar el respeto hacia sí mismo y hacia los compañeros.
- Cuidado con los materiales a utilizar: observar el adecuado uso de los materiales y devolverlos al final de la sesión para que estén disponibles a todos.

Frecuencia:

Las Sesiones tendrán duración de 90 minutos, una vez por semana. A excepción de la 11ª sesión que durará 8 horas y la 12ª sesión que durará 90 minutos y se llevará a cabo 2 semanas después de la 11ª sesión.

Recursos materiales generales:

- Espacio bien iluminado y ventilado,
- 27 sillas,
- Servicio de cafetería y agua para cada una de las sesiones.

Recursos humanos:

- 2 agentes comunitarios de salud, contratados por la Unidad de Salud Costa e Silva, que harán la captación de los participantes
- Un Trabajador Social, contratado por la Unidad de Salud Costa e Silva
- Un monitor de cine, contratado por el Punto de Cultura Associação Comunitaria Rubem Berta.

Retroalimentación del equipo

Sesiones de retroalimentación entre equipo (trabajador social y monitor de cine) después de cada sesión aproximadamente unos 20 minutos, para revisar avances, y planear la siguiente sesión según posibles necesidades de cambios.

7. EVALUACIÓN

Antes: el instrumento de evaluación inicial, que consistirá en un cuestionario con preguntas abiertas, cerradas, escalas de Likert (de actitud), se aplicará antes de la primera sesión, será administrado por el agente comunitario cuando realice el registro de los participantes, de esta manera el equipo que coordina el taller podrá hacer un análisis previo de los participantes, posibilitando que se tenga un perfil previo de las habilidades que el grupo posee.

Durante: cuando el monitor de cine comience con los talleres específicos de cine, la trabajadora social se dispondrá a observar el desarrollo del taller. Observará las relaciones e interrelaciones entre los participantes, su manera de vincularse, resolver conflictos etc. El guión o cuestiones en las se concentrará para la observación es el presentado en el cuadro de la operacionalización de los indicadores.

Al final: en la última sesión, los agentes comunitarios de salud y la Trabajadora Social aplicaron un cuestionario similar (anexo 2) para medir con criterios observables los objetivos. De esta manera podremos analizar claramente el impacto de este taller.

Cuadro de operacionalización:

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONCEPTUALIZACIÓN/OPERACIONALIZACIÓN /MEDICIÓN
Desarrollar habilidades sociales de convivencia para la resolución no violenta de conflictos	Identificar sus propias fortalezas	1.- Para que eres bueno, que te es fácil hacer
	Desarrollar comportamientos que denoten respeto hacia sí y hacia los demás.	2.- Hacia sí: Reconocerse único e irrepetible/no aceptar la agresión de otro. -Hacia los demás: implica valorar las diferentes etnias, ideas etc.
	Desarrollar la capacidad de diálogo y la comunicación	3.- Verbalizar, decir las cosas que quiero decir, hacer la demanda explícita-
	Aprender a trabajar en colaboración estableciendo acuerdos	4.- Valorar lo grupal como forma de trabajo.
	Proponer soluciones creativas a un problema	5.- Tener una postura activa y protagonista en la resolución de problemas

8. Bibliografía

(s.f.). Recuperado el 15 de noviembre de 2009, de Cultura, Gobierno de Brasil:
http://www.cultura.gov.br/cultura_viva/?p=672

Amnistía Internacional. (1997). *La Zanahoria. Manual de educación en derechos humanos para maestras y maestros de preescolar y primaria*. México: Amnistía Internacional.

Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A. C. . (2008). *Modelo de Prevención Comunitaria de la No-violencia. Si jugamos, aprendemos a no violentarnos. La alternativa del juego en la educación para la paz y los derechos humanos*. Recuperado el 4 de diciembre de 2009, de Gobierno Federal de México, SSP: www.ssp.gob.pdf

Buvinic, M., Marrison, A., & Rolando, M. (enero-marzo de 2005). Violencia, Crimen y Desarrollo Social en America Latina y el Caribe. *Papeles de Población. Universidad Autónoma del Estado de México* , 43, págs. 167 – 214.

Espinar, E. (2008). *Violencia de Genero y proceso de empobrecimiento*, Tesis Doctoral presentada para la obtención del grado. Alicante: Departamento de Sociología II Universidad de Alicante.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. (2006). Recuperado el 15 de noviembre de 2009, de <http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=1>

Habermas, J. (2001). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Alfaguara.

Ministério da Saúde Brasil. (2006). *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde Brasil. (2006). *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde Brasil. (2000). *Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília. Ministério da Saúde. Recuperado el 15 de noviembre de 2009, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

SIM Subsistema de información sobre mortalidad. (s.f.).

Valentim, I. V., & Krueh, A. J. (2006). *A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família*. In: nº 23. Recuperado el diciembre de 2009, de Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: • http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=351

Waiselfisz, J. J. (2008). *Mapa da violência dos municípios brasileiros 2008*. Brasília: Min. da Saúde, Min. da Justiça.

Waiselfisz, J. J. *Mapa de la violencia: los jóvenes en América Latina 2008*. (2008) Brasilia, RITLA, Instituto Sangari, Ministerio de Justicia y Gobierno Federal de Brasil. 2008.