

Promoviendo la Salud Mental

Un enfoque integral para la infancia,
la adolescencia y los equipos educativos



Coordinadora estatal
Plataformas Sociales
Salesianas



Cuadernos de
Formación

29

PROMOVIENDO LA SALUD MENTAL

UN ENFOQUE INTEGRAL PARA LA
INFANCIA, LA ADOLESCENCIA Y
LOS EQUIPOS EDUCATIVOS”



Coordinadora estatal

Plataformas Sociales
Salesianas

Cuaderno de formación nº 29

Contenidos impartidos en el curso “Promoviendo la Salud Mental: Un enfoque integral para la infancia, la adolescencia y los equipos educativos”.

Organizado por: Coordinadora Estatal de Plataformas Sociales Salesianas

Fecha: 29 y 30 de noviembre de 2023

Número de horas: 12 horas

Ponentes participantes:

LUIS FERNANDO LÓPEZ MARTÍNEZ.

Psicólogo General Sanitario. Psicoterapeuta de adultos/adolescentes y Formador. Director Área Sanitaria, Codirector de ISNISS. Fundador y creador del Proyecto ISNISS del Programa de Doctorado en Psicología de la Salud de la UNED. Coordinador Técnico del Programa Hablemos de Suicidio del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Profesor de la UPV en el Especialista Universitario en Suicidología. Investigador doctoral de conductas autolesivas y suicidas en entornos digitales, redes sociales e Internet. Profesor en diversas universidades públicas y privadas a nivel nacional e internacional. Máster en Psicología General Sanitaria. Máster en Psicoterapias Humanistas. Máster en Intervención Comunitaria. Máster en Mediación y Resolución de Conflictos. Técnico Experto en Violencia de Género. Experto en Duelo. Experto en Prevención e intervención en la conducta suicida. Experto en redes sociales e Internet.

MARÍA JOSÉ ORTEGA CABRERA.

Licenciada en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid. Máster en Drogodependencias. Especialista en Psicología Clínica. Doctorada en la Universidad de Alcalá por el Departamento de Medicina y Especialidades Médicas con la tesis Cum Laude “Terapia Sistémica con la Familia Víctima de Violencia de Género: Una Investigación Cualitativa”. Supervisora y psicoterapeuta sistémica de pareja y de familia FEAP. UHBA Adolescentes Hospital Universitario 12 de octubre. Profesora Asociada Universidad Complutense Madrid.

EQUIPO MAGONE.

Licenciada en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid. Máster en Drogodependencias. Especialista en Psicología Clínica. Doctorada en la Universidad de Alcalá por el Departamento de Medicina y Especialidades Médicas con la tesis Cum Laude “Terapia Sistémica con la Familia Víctima de Violencia de Género: Una Investigación Cualitativa”. Supervisora y psicoterapeuta sistémica de pareja y de familia FEAP. UHBA Adolescentes Hospital Universitario 12 de octubre. Profesora Asociada Universidad Complutense Madrid.

ÍNDICE

- 1.Introducción y objetivos.
- 2.La Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia.
- 3.Identificando los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia.
- 4.La conducta autolítica y el suicidio en población adolescente y juvenil.
- 5.Estrategias y herramientas de protección en la Infancia.
- 6.Estrategias y herramientas de protección en la adolescencia.
- 7.Estrategias y herramientas de protección en la juventud.
- 8.El autocuidado de los equipos educativos. Decálogo de buenas prácticas.

Introducción y objetivos

1

Se ve necesario favorecer un espacio en el que los equipos educativos de los diferentes proyectos sociales de las entidades miembro, puedan reforzar sus conocimientos y competencias respecto a las necesidades y retos de los perfiles que acompañan, así como sobre el abordaje de la Salud Mental en su conjunto, tanto de las personas destinatarias de las intervenciones como del propio autocuidado de los equipos educativos.

El objetivo general de la acción formativa es fomentar la comprensión y el dominio de conceptos relacionados con la Salud Mental en el contexto de la acción social, con el propósito de capacitar a las personas participantes de herramientas para poder afrontar de manera eficaz el equilibrio psicológico en las comunidades atendidas. Asimismo, incorporar y normalizar la temática de la Salud Mental en los planes educativos de las plataformas salesianas.

Este propósito general abarca la importancia de establecer un espacio de formación que propicie el intercambio de saberes y vivencias, permitiendo a las personas participantes expandir sus conocimientos y aptitudes en lo relativo a la Salud Mental y su aplicación dentro del ámbito de la intervención social. Esto implica una dimensión personal para cada profesional, quienes han de completar un proceso de autodescubrimiento necesario para cultivar la inteligencia emocional consciente como competencia profesional.

Con la consecución de este objetivo, los equipos educativos estarán mejor capacitados para enfrentar las necesidades de la población vulnerable con la que intervienen, y contribuirán al diseño de programas y estrategias cuya finalidad sea la de fomentar la salud mental y el bienestar general en las comunidades atendidas.

Se establece un espacio inspirador desde donde poder abordar el bienestar emocional, la salud mental y el modelo de intervención más estratégico para la prevención de la conducta autolítica y el suicidio, cada vez más frecuente y en edades más tempranas, según los últimos datos.

También se ve fundamental el facilitar un espacio formativo desde el carácter innovador pedagógico donde se puedan compartir buenas prácticas y se genere un espacio de intercambio.

OBJETIVOS

- Consolidar estrategias preventivas y promocionales para la salud mental, reconociendo que su promoción no es exclusiva del ámbito de intervención de la psicología, sino que compete a todos los equipos educativos y referenciales.
- Estimular el cultivo de actitudes y acciones propicias para la salud mental y el bienestar emocional en etapas tempranas de la vida, como la infancia, la adolescencia y la juventud. Esto incluye brindar elementos de atención consciente a las personas destinatarias de nuestras intervenciones.
- Dotar de habilidades para identificar señales de alerta en la población infanto-juvenil ante las posibles problemáticas de salud mental.
- Concienciar sobre nuestras herramientas para prevenir, acompañar y fomentar una salud mental óptima.
- Comprender factores de riesgo y causas subyacentes de la conducta autolítica, identificando sus signos y síntomas.
- Dar a conocer los diferentes enfoques terapéuticos e intervenciones de apoyo para personas que enfrentan dificultades.
- Desarrollar habilidades de comunicación empática y efectiva con personas en situación de riesgo.
- Informar sobre los recursos y servicios disponibles para la atención en salud mental.
- Promover la conciencia y reducción del estigma asociado a la salud mental.
- Desarrollar habilidades para intervenir y manejar crisis en este contexto.

La salud mental en la infancia y la adolescencia.

2

Conocer el ámbito de la salud mental desde una perspectiva amplia y como fenómeno complejo, es vital para saber la dimensión de la problemática a la que nos enfrentamos, sobre todo, teniendo en cuenta el momento actual marcado por la era digital, las redes sociales y la importancia de la imagen, como elementos socializadores que intensifican la sobrexposición y la comparativa social, intensificando las vulnerabilidades emocionales.

En 2022, según los datos provisionales publicados por el INE el 26 de junio de 2023, han fallecido por suicidio 4.097 personas en España, una media de 11,2 personas al día; un 74% de ellas varones (3.042) y un 26% mujeres (1.051), siendo el cuarto año consecutivo de máximos históricos de defunciones por suicidio.

Por primera vez en su historia, los suicidios de varones superan las 3.000 defunciones. Respecto a 2021 (año en el que produjeron 4.003 defunciones por este motivo), en 2022 se ha registrado un 2,3% más.

Por primera vez desde 2008, el suicidio deja de ser la principal causa externa de muerte en España, siéndolo ahora el ahogamiento, la sumersión y la sofocación accidentales; aunque, bajo estas causas (y el resto de los accidentes), pueden ocultarse muertes por suicidio que, por distintos motivos, no son asignados a este origen.

Afortunadamente, han disminuido casi a la mitad los suicidios de niños menores de 15 años (de 22 en 2021 a 12 en 2022), algo que nos había alarmado en 2021.

Entre los 15 y los 29 años, el suicidio es la principal causa absoluta de muerte. Provoca 333 defunciones anuales frente a las 314 de los accidentes de tráfico o las 274 de los tumores.

A las muertes por suicidio hay que añadir los intentos y la ideación suicida. Según cálculos de la OMS, existirían unos 20 intentos por cada suicidio, mientras que, según otros estudios epidemiológicos la ideación podría afectar a lo largo de la vida, entre el 5% y el 10% de la población española. Eso significa que en un año podrían producirse en torno a 80.000 intentos de suicidio al año en España y que entre casi 2,5 y 5 millones de personas posean ideación suicida a lo largo de su vida.

Pese a estos datos, España sigue sin poseer ningún plan o estrategia específica estatal para la prevención del suicidio, por lo que es de vital importancia que el gobierno de la nación asuma su responsabilidad a este respecto.

Según los datos desagregados por sexo aportados por María José Ortega Cabrera en su ponencia, en relación al perfil de adolescentes atendidos/as en la UHBA (Unidad de Hospitalización Breve para Adolescentes) del Hospital Universitario 12 de Octubre, el 80% de los ingresos corresponden a mujeres (de las cuales un 5% se consideran varones trans), mientras que el 20 % son varones (de los cuales el 1% se consideran mujeres trans). Cabe destacar el elevado número de mujeres con respecto al de varones, así como el incremento de mujeres jóvenes que, al no aceptar los roles y estereotipos de género marcados por la sociedad y la cultura, así como los cánones de belleza impuestos, ven una salida en la ideología Queer autoidentificándose con el otro género (disforia de género sobrevenida), en vez de pensar que el problema no está en ellas ni en sus cuerpos, sino en la sociedad sexista y patriarcal en la que todavía vivimos, en la que no acaban de encontrar "su sitio".

Este hecho les genera malestar y frustración al no tener herramientas suficientes para combatir estos clichés, a lo que se suma, tal y como demuestra la evidencia científica y los datos recientes, que existían otras patologías previas de salud mental antes de manifestar su voluntad de transición, lo que no siempre es valorado y atendido, por lo que se empiezan a ver cada vez más casos de detransición, con las consecuencias físicas y psicológicas que esto conlleva.

Con respecto al porcentaje por edades atendidas, el 2% tienen 12 años, el 16% tienen 13 años, el 17 % tienen 16 años, el 20 % tienen 17 años, el 21% tienen 14 años y el 24% tienen 15 años, por lo que podríamos decir que la mayoría de casos atendidos, tienen edades comprendidas entre los 14 y los 17 años.

En cuanto al perfil clínico, el 63% de los casos ingresan por clínica suicida, el 19% por alteraciones de la conducta y el 7% por TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria o trastornos relacionados con la autopercepción y la distorsión de la imagen corporal, siendo los más frecuentes la anorexia y la bulimia).

En un 83% de los casos, presentan la vivencia de eventos traumáticos. Entre los que podemos destacar, situaciones de violencia como violencia de género, contextos violentos sostenidos por VG, violencias intrafamiliares y abuso sexual o parentificación y negligencias con roles de género más vulnerables.

Tras la vivencia de eventos traumáticos, se reconocen una serie de secuelas, según la etapa del desarrollo, así por ejemplo podemos destacar:

En la etapa Prenatal:

- Estrés materno.
- Alteración del eje hipotálamo-hipofisario fetal.
- Alteraciones en el SNC. Morfología y función.

En la etapa infantil:

- Alteraciones conductuales/ atención. TDAH.
- Terrores nocturnos.
- Enuresis y encopresis.
- Irritabilidad, agresividad.
- Ansiedad. Quejas físicas.
- Falta de curiosidad.
- Trastornos del espectro autista.
- Retraso del crecimiento, malnutrición, obesidad.
- Fracaso escolar.

En la adolescencia:

- Alteraciones SNC.
- Sensibilidad a los glucocorticoides.
- Disminución puntuaciones WISC-R.
- Alteraciones conductuales y atención.
- Agresividad.
- Padecer o ejercer bullying.
- Conductas de alto riesgo.
- Abusos en la relación de pareja.
- TCA.
- Depresión.
- Baja autoestima.
- Embarazo adolescente.
- Abuso de TICs.

En la edad adulta:

- Tasas elevadas de morbimortalidad.
- Enfermedades psiquiátricas.
- Coronariopatías, hipertensión arterial, trastornos inmunes, diabetes mellitus, síndrome metabólico.
- Obesidad.

Tras sufrir un daño en la etapa infantil, podemos encontrar diferentes manifestaciones de este, como pueden ser los traumatismos infantiles provocados por los malos tratos y los abusos sexuales, los trastornos de los procesos de socialización y aprendizaje infantil, los trastornos de los procesos de desarrollo infantil con riesgo de retraso en todos los niveles de desarrollo (algunos de ellos irreversibles), los trastornos de los procesos resilientes y los trastornos del apego. Barudy, J., & Labrín, J. B. (1998). El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil.

Leonore Terr (1991), defiende que existen dos tipos de trauma psíquico infantil:

- Tipo I: resultante de un episodio traumático brusco.
- Tipo II: consecuencia de traumas repetidos a lo largo de un amplio periodo de tiempo. Defensas y operaciones de adaptación: como la negación masiva, la represión, la disociación, la autoanestesia, la autohipnosis, la identificación con el agresor y la agresión contra sí mismo/a.

Así mismo, Judith Herman en su estudio "Trauma Complejo", definía el trauma como "una historia de sometimiento a un control totalitario en un periodo de tiempo prolongado (de meses a años). Los ejemplos incluyen rehenes, prisioneros de guerra, supervivientes de los campos de concentración, y supervivientes de algunas sectas religiosas. Los ejemplos también incluyen a aquellos sometidos a sistemas totalitarios de la vida sexual y doméstica, incluyendo supervivientes de los malos tratos domésticos, abusos físicos o sexuales en la infancia, y la explotación sexual organizada".

Esta misma autora, en 1992, definió el Trastorno de Estrés Postraumático "complejo", según los siguientes indicadores:

- **Regulación de los afectos:** Disforia permanente o impulsos suicidas o autolesiones, ira explosiva o inhibición (pueden alternar), sexualidad compulsiva o excesivamente inhibida (pueden alternar).
- **Consciencia:** Las alteraciones de la consciencia pueden incluir: amnesia de los sucesos traumáticos, episodios disociativos, despersonalización / desrealización, revivir experiencias en forma de síntomas intrusivos propios del TEPT o preocupaciones.
- **Autopercepción.** Pueden incluir: sensación de indefensión o parálisis de la iniciativa, vergüenza y culpa, sensación de profanación y estigma, sensación absoluta de ser distinto/a a los/as demás.
- **Percepciones del perpetrador.** Incluyendo: preocupación por el/la perpetrador/a o por vengarse de él/ella, o estimación exagerada del poder que el/la perpetrador/a tiene (que puede ser más realista que la del/de la profesional), o idealización o gratitud paradójica, o sensación de una relación especial o sobrenatural, o aceptación del sistema de valores y racionalizaciones del/de la perpetrador/a.
- **Relaciones con otras personas.** Incluyendo: aislamiento y distanciamiento, alteraciones en las relaciones íntimas, búsqueda constante de alguien que rescate (puede alternarse con el aislamiento y distanciamiento), desconfianza constante y/o fracasos constantes en la autoprotección.
- **Sistema de significado.** Puede incluir: pérdida de una fe de apoyo, sensación de indefensión y desesperación.

Otros autores, como Bessel A. Van Der Kolk (2007) han estudiado cómo afectan los espacios violentos a la infancia y la adolescente, hablando, en palabras del autor, de "niños y adolescentes confinados en espacios violentos", tal y como señala en su obra "El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma".

En este sentido, aporta algunos indicadores y sintomatología común:

- Están atrapados/as en conflictos de lealtad.
- Organizan su comportamiento para sobrevivir dentro de sus familias.
- Ajustaran su comportamiento alrededor del mantenimiento del secreto.
- Manejará su indefensión con el cumplimiento o el desafío.
- El estrés traumático es una interrupción en la capacidad para tratar, integrar y clasificar lo que pasa.
- Su efecto nuclear es la incapacidad para regular sus estados internos.
- Si la angustia y tensión no ceden los/as niños/as se disocian: las sensaciones relevantes, los afectos y las cogniciones quedan escindidos en fragmentos sensoriales.
- No pueden comprender qué pasa, o inventar y ejecutar planes apropiados de acción.
- La persona cuidadora niega las experiencias del niño/a:
- Es forzado/a a actuar como si el trauma no hubiese ocurrido.
- Aprende que no puede confiar en su cuidador/a y no aprende a usar el lenguaje.
- Estrés en la madre que aleja su atención:
 1. Los juegos entre hermanos/as tienen que pasar muchas veces a ser silenciosos.
 2. El estado de alerta dificulta la vinculación.

Con respecto a la alteración del apego en los contextos de violencia de género, las consecuencias psicológicas de la violencia que sufre la madre hacen que la relación materno-filial pueda verse afectada en diferentes grados, bajo el efecto negativo y distorsionador del agresor sobre dicha relación. Una de las posibles consecuencias a largo plazo, si no se logra mantener la vinculación materno-filial de forma adecuada, es el trastorno del apego o del vínculo, con un gran efecto negativo sobre el desarrollo integral de la personalidad futura del menor (J Barudy & Dantagnan, 2005).

Identificando los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia.

3

Trastornos internalizantes: las alteraciones corporales como expresión del malestar en la infancia.

La sintomatología del/de la niño/a, habla de la crisis de la familia, y se manifiesta a través de trastornos leves de la alimentación, el sueño, control de esfínteres, adaptación escolar, etc., y tienen que entenderse no sólo como manifestaciones de dificultades en el/la niño/a, sino cómo cajas de resonancia de disfunciones del grupo familiar.

Un adecuado abordaje de dichos trastornos evita cronificar y etiquetar, facilita el desarrollo del/de la niño/a y ayuda a todos los miembros de la familia a resolver la crisis de forma adaptativa.

En este sentido, y según el enfoque estructural de la Philadelphia Child Guidance Clinic de Salvador Minuchin, los trastornos de la conducta alimentaria encajarían con el modelo de “familia psicósomática”, distinguiendo entre trastornos “psicósomáticos” primarios y secundarios:

- **Primarios.** Aquellos en los cuales existe una disfunción o vulnerabilidad biológica presente, como es el caso del asma o la diabetes. Se escapa a los límites de la comprensión biomédica la persistencia crónica o la intensidad de la sintomatología, esto es, la “exacerbación emocional del síntoma”.
- **Secundarios.** Donde no hay, al menos de forma documentada, una predisposición o sustrato biológico, como, por ejemplo, la obesidad. La hipótesis más sencilla, a priori, sería la de una transformación de los conflictos emotivos en síntomas somáticos.

El contexto sociocultural en el que se manifiesta el trastorno anoréxico está impregnado de herencias culturales que denuncian la rigidez del rol reconocido a la mujer. La chica con trastorno anoréxico renuncia a la rigidez de tal identidad de género, sustrayéndose también a la identidad sexual.

¿El diagnóstico psiquiátrico y la autolesión están siendo la vía de comunicación y validación en el proceso de construcción identitario?

Trastornos de la conducta

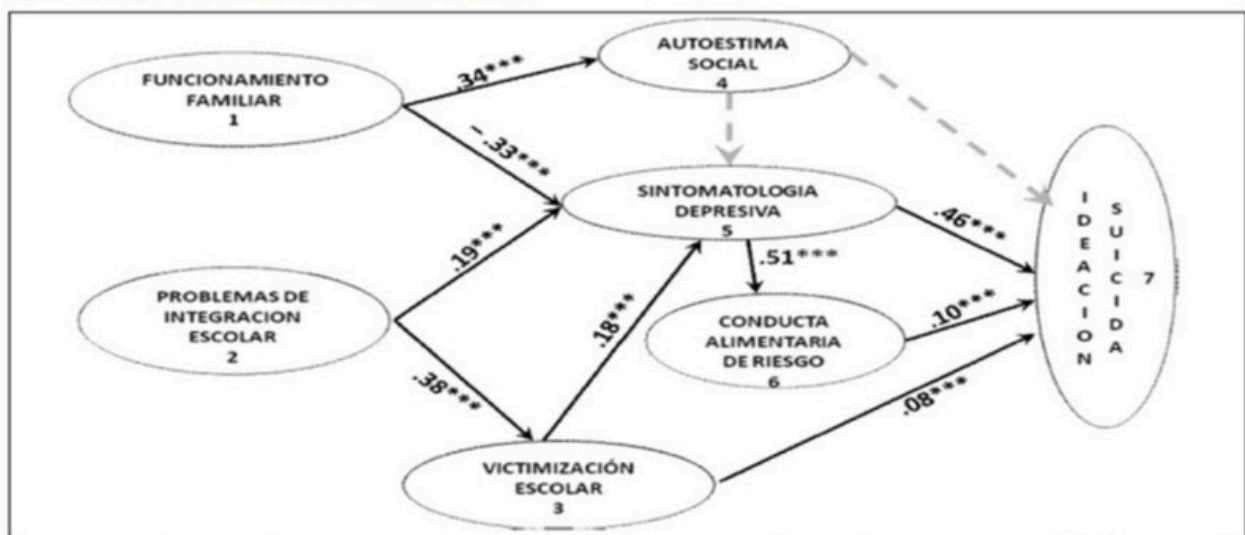
1. Conductas autodestructivas y autolesivas en la infancia y la adolescencia.

Un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) se registra como un signo de riesgo.

- Ideación (autolesiones y/o pensamientos suicidas).
- Amenazas (gestos y/o plan suicida).
- Suicidio (SIM y/o conducta suicida).

La IDEACION SUICIDA es un fenómeno complejo, de causa multifactorial, interviniendo factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales.

Figura 2. Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida



Nota. Las líneas continuas representan relaciones significativas entre las variables. La significación de las relaciones se ha determinado a partir del error estándar. *** $p < 0.001$. Las líneas discontinuas representan relaciones no significativas.

AUTOLESIÓN/GESTO SUICIDA: conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse.

COMUNICACIÓN SUICIDA: acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. Es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida.

- Amenaza suicida: acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
- Plan suicida: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial

CONDUCTA SUICIDA: conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:

- La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
- La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

La escucha desde la metodología cualitativa de los/as pacientes en torno al suicidio y las autolesiones destaca la dificultad de expresión emocional, que conecta de forma transversal con el resto de las categorías: invalidación del sufrimiento por parte del entorno, tabú-estigma, culpa y desencadenantes (eventos traumáticos).

La autolesión, se conforma así, como un ritual de liberación del sufrimiento emocional, cubriendo a su vez diferentes funciones como; reducción del dolor psicológico, alivio de la angustia, reenfocar la atención lejos del estímulo negativo, presión interna provocada por problemas relacionales y/o contagio social.

Cabe mencionar que suele tratarse de una práctica que tiene lugar en el espacio privado, por lo que los sentimientos de vergüenza asociados al comportamiento imposibilitan la búsqueda de ayuda, y por otro lado, es una práctica que conlleva gran estigma social, por lo que existe una estrecha relación entre la autolesión y la sensación de rechazo social experimentada por la población adolescente.

“La acción violenta no es solo un acto, sino que también expresa y comunica otras cosas a nivel implícito. En este sentido, puede considerarse como una provocación, con frecuencia difícil de descifrar, a veces desesperada y dramática, por la cual el adolescente transmite al mundo sus necesidades primarias de protección y reconocimiento” (Andolfi y Mascellani, 2012).

2. Sociopatía, identidad y conducta asocial.

La conducta asocial, ya sea psicopatía, locura o toxicomanía, está condicionada, en la mayoría de los casos, por una familia con dificultades en el proceso de individuación, fracaso en la resolución de las “tareas básicas” y recibe, generalmente, una respuesta social sancionadora.

3. Violencias.

3.1.- Violencia filio-parental.

Se trata de un nuevo modelo de violencia intrafamiliar, relacionada en parte con el “control” y el “poder” y en parte con la obtención de objetivos.

Existen una serie de factores que favorecen la aparición de este tipo de violencia:

- Violencia previa.
- Conflicto intenso entre las figuras parentales/marentales.
- Padre/madre insatisfecho/a.
- Descalificaciones mutuas en la pareja.
- Inconsciencia y desacuerdo de las figuras paternas/maternas.
- Severidad desproporcionada de castigos.
- Excesivo criticismo parental/marental.
- Problemas de jerarquía.
- Mito de la paz y armonía familiar.

Al igual que en otras tipologías de violencia, existe un proceso por el cual se desencadena la violencia filio-parental, el cual se inicia por un conflicto o distanciamiento entre los padres, seguido de una introducción al hijo/a en el conflicto, para pasar finalmente a producirse un fenómeno de triangulación. Este proceso, a diferencia de otras violencias, no es cíclico, sino que se da de forma lineal como una cascada de acontecimientos.

Tras la triangulación, si no se produce la traición al hijo/a triangulado/a, se da una relación fusional con el/la progenitor/a aliado/a, con dificultad para la separación y autonomía, y generándose un conflicto entre la vinculación /fusión y el deseo de autonomía.

Posteriormente, se inicia un desacuerdo generalmente en torno a las normas de autoridad y se producen discusiones como una escalada simétrica, por lo que aparece la violencia como solución desesperada para alejarse y se aprecian los beneficios segundos y la conducta violenta que perpetúan el conflicto.

Si nos detenemos en entender un poco más el proceso de escalada, podemos diferenciar dos tipologías, la escalada complementaria y la escalada recíproca. Estos dos tipos de escalada se alimentan mutuamente, cuanto mayor es la impotencia de los padres, mayor riesgo corren de perder el control. (Bugental, Blue y Cruzcoa, 1989).

Para trabajar esta conducta, nuestra ponente María José Ortega Cabrera, nos sugiere el Modelo de Resistencia No Violenta (NVR) de Haim Omer, según el cual, el acto terapéutico frente a la violencia empieza con una mirada diferente de la clínica infanto-juvenil, la cual ha de recoger el modelo integrativo por el cual se analizan las variables condicionadas por el micro, macro y exo sistema.

- Microsistema: historia personal, aprendizaje de resolución violenta de los conflictos, autoritarismo, baja autoestima y aislamiento.
- Macrosistema: creencias y valores culturales, concepción a cerca del poder y la obediencia, actitudes hacia el uso de la fuerza, conceptos de roles familiares, derechos y responsabilidades.
- Exosistema: Legitimación institucional de la violencia, victimización secundaria, modelos violentos reproducidos y normalizados por los medios de comunicación y factores de riesgo como el estrés económico, el aislamiento social o el alcoholismo entre otros.

A modo de resumen...aportaciones de las personas participantes:

- La principal causa de ingreso en los recursos de salud mental es la conducta autolítica y suicida, seguida del TCA y los abusos.
- Principio de correulación (tu-yo).
- Trastornos internalizantes como formas de expresar el malestar sufrido en un trauma de manera psicosomática.
- Prevención de conductas negligentes en nuestra intervención. Contingencias verbales y terapéuticas no violentas. Reforzar el trabajo en red.
- Reflexionar sobre la importancia del apego (Tª del apego).
- Tener una mirada que valide el dolor.
- Traumas como consecuencias no solo de maltrato físico, sino también de negligencias por parte de sus progenitores al no saber estar con ell@s.
- Conflicto de lealtad. Much@s menores no son capaces de denunciar a sus progenitores porque sienten que no son dign@s de ser querid@s.
- Hay que sostener los tiempos de las personas, respetar y entender que se protegen, por lo que no hay que invadir.
- La muestra del dolor del niñ@ a través del cuerpo. Saber escuchar el cuerpo de l@s niñ@s. El cuerpo tiene memoria, lleva la cuenta de las veces que ha sufrido maltrato o conductas negligentes por parte de otras personas.
- Aumento de casos de niñ@s confinad@s en espacios violentos.
- Elevado número de ingresos de chicas jóvenes por no aceptación de su cuerpo, exigencia de cánones de belleza impuestos y herencia cultural en cuanto a los roles y estereotipos de género establecidos, los cuales las llevan a tener conflictos internos, malestar psicológico, querer cambiar de sexo o autoidentificarse con el otro sexo y/o género (disforia sobrevenida – conducta trans sobrevenida).
- La ideación suicida es un fenómeno complejo y multifactorial.

La conducta autolítica y el suicidio en la población adolescente y juvenil.

4

La conducta suicida puede llegar a materializarse o culminarse con el suicidio, pero por suerte no siempre es así, por lo que debemos estar muy atentas/os a las señales de alerta, las cuales están determinadas por los tipos de conducta que a su vez determinarán cuál ha de ser nuestra forma de intervención.

La autolesión y el suicidio son conductas diferentes, aunque pueden estar íntimamente relacionadas.

Cuando hay intención de quitarse la vida, hablamos de conducta suicida, que puede llegar a materializarse en suicidio, para ello coexisten varios factores: la existencia de una conducta autoinflingida, la intencionalidad de morir y comprensión y conciencia del término muerte.

Por el contrario, cuando no hay intención de quitarse la vida, hablamos de autolesión sin intención suicida, entre estas conductas encontramos: quemaduras, morderse, arrancarse costras, cutting, ingerir objetos, arrancarse el pelo, tallado corporal, autogolpearse, escoriarse la piel hasta sangrar y/o introducir objetos subdérmicos.

Si nos adentramos más al detalle en las principales diferencias de la autolesión sin intención suicida, frente al intento de suicidio, podemos señalar lo siguiente:

-Intención: en la autolesión el daño físico es leve, mientras que en el intento de suicidio la intención es acabar con la propia vida.

- **Función:** en la autolesión sin intención suicida, pueden darse varias funciones, a diferencia del intento de suicidio donde la función es escapar del sufrimiento, visión de túnel en el que el suicidio es la única salida.
- **Lealtad del método:** se dan medios no letales en la autolesión, frente a métodos de alta lealtad en el intento de suicidio.
- **Frecuencia:** en la conducta autolesiva apreciamos alta tasa de repetición, mientras que en el intento de suicidio no suele existir repetición crónica.
- **Métodos:** es habitual utilizar diferentes métodos en la autolesión a diferencia de la utilización de un único método en el intento de suicidio.
- **Sufrimiento psicológico:** el sufrimiento es intermitente en la conducta autolesiva, mientras que es insoportable y persistente en la conducta suicida.
- **Efecto e inmediatez:** en la conducta autolesiva se produce un alivio inmediato, mientras que en la conducta autolítica no hay mejoría inmediata, la desesperación continúa.
- **Restricciones de métodos:** la restricción de métodos en el caso de la autolesión es poco práctico, ya que se producirá el cambio a otro método, mientras que en el caso del intento autolítico el método es muy importante, puesto que puede salvar vidas.

Funciones de la autolesión:

En algunas ocasiones, la autolesión se realiza como un “juego”, por participar en un reto, por pertenencia a un grupo, por situaciones de exclusión social, “solidaridad” con iguales, contagio, etc.

Pero no podemos olvidar que la autolesión cumple para el sujeto que la ejerce contra su propio cuerpo una serie de funciones:

- Regulación emocional.
- Tratar de ejercer influencia o controlar a otras personas.
- Autocastigo.
- Asegurar el sentido de sí mismo/a.
- Estrategia de antisociación.
- Estrategia antisuicidio.
- Búsqueda de sensaciones.

Apoyándonos en la base teórica existente al respecto, no podemos dejar de mencionar el Modelo Tetrafactorial de Autolesión de 4 funciones (Nock y Prinstein, 2004, 2005), el cual nos sirve para explicar los beneficios y los motivos de la repetición en el tiempo de la conducta autolesiva.

Según este modelo, se determina que, si cumple una función de regulación social, podemos encontrar:

- Refuerzo positivo automático intrapersonal (excitación, salida de la apatía, generar emociones positivas).
- Refuerzo negativo automático intrapersonal (alivio y regulación de las emociones negativas como la frustración y la ira).

Por otro lado, si cumple con una función de comunicación social:

- Refuerzo positivo social interpersonal (apoyo y cuidados el entorno).
- Refuerzo negativo social interpersonal (evitación de compromisos y responsabilidades).

Por todo lo expuesto anteriormente, es de vital importancia, desde los equipos socio-educativos, así como por parte de las familias y personas responsables de la educación de la población infantil, adolescente y juvenil, estar muy atentos/as a las señales de alarma, las cuales pueden ser verbales o no verbales, y prestar especial atención a los gestos, al comportamiento y a la comunicación no verbal.

Las señales de alarma verbales pueden incluir:

- Comentarios o verbalizaciones negativas sobre sí mismo/a o sobre su vida.
- Comentarios o verbalizaciones negativas sobre su futuro.
- Hablar sobre la idea de morir y desaparecer.
- Despedidas.

Las señales de alarma no verbales pueden incluir:

- Aislamiento de amistades y personas de la familia.
- Desinterés generalizado: hacia sus estudios, amistades, familia y/o aficiones.
- Pérdida de sueño o dormir mucho.
- Visitas inesperadas a familiares o personas cercanas. Conductas de despedida.
- Infracción de normas o leyes, discusiones, peleas.
- Falta de concentración en el colegio o el instituto, fracaso escolar.
- Búsqueda de información sobre la autolesión o el suicidio.
- Consumo inusual de alcohol y drogas.
- Descuido de la apariencia personal.
- Correr riesgos innecesarios.
- Incremento de quejas físicas que suele estar asociado con la angustia emocional.
- Baja autoestima: sentirse inferior, sentir vergüenza, culpa u odio a uno/a mismo/a.
- Sensación de aburrimiento.
- Falta de respuesta al elogio.
- Autolesión o presencia de conductas autodestructivas.
- Cambios de humor repentinos, dificultades en la regulación de los estados de ánimo (prestar especial atención a la apariencia de tranquilidad e incluso alegría repentina).
- Cambios de horarios en sus hábitos de alimentación y forma de vida.
- Conductas de cierre: obsequiar posesiones personales y/o desechar pertenencias importantes, cerrar cuentas (Facebook, Twitter, Instagram, etc.), resolver asuntos pendientes, despedidas inesperadas, escribir notas de suicidio, entre otras.
- Cambio de costumbres y hábitos en el manejo de las RRSS y uso de Internet:
- Publicación de imágenes u otro tipo de contenidos de carácter autolesivo.
- Publicaciones con contenido triste, culpable y otros estados de ánimo negativos.
- Tipos de emojis utilizados.
- Cambio de estilo en las imágenes publicadas (colores, filtros utilizados, cantidad de personas incluidas en las imágenes, etc.).
- Hastags utilizados por la propia persona y por sus contactos.
- Visitar páginas o pertenecer a foros, grupos o chats de temática y contenido autolesivo.
- Seguir repentinamente páginas o a personas con muchas publicaciones con mensajes negativos.
- Publicaciones de comportamientos imprudentes o autodestructivos.
- Aumento o disminución del tiempo dedicado a la navegación en redes o Internet.
- Aumento o disminución representativo de las publicaciones.
- Cierre de cuentas de redes sociales.
- Disminución de las interacciones “on line” con amistades y/o familiares.
- Bloqueo o eliminación de personas significativas en perfiles sociales.
- Publicaciones en horario nocturno o a horas inusuales.
- Publicaciones que indican abandono o apatía hacia las actividades habituales.
- Cambio “del tono emocional” de las publicaciones.

Para tener una buena estrategia de comunicación con una persona con ideación suicida, podemos seguir las siguientes recomendaciones, ya que es importante tanto el saber qué hacer, como el qué no hacer.

¿Qué preguntar?

- Pregunta por una posible intención de quitarse la vida.
- Utilizar estrategias de comunicación en espejo.
- Preguntar sobre pensamientos de autolesión y suicidio (“¿piensas en la muerte últimamente?”, “¿has pensado en hacerte daño?”, “¿cómo lo harías?”, “¿has intentado llevarlo a cabo?”, “¿has hablado con alguien sobre cómo te sientes?”, “si te haces daño, ¿qué es lo que quieres conseguir?”, “¿para qué quieres hacerlo?”, “¿hay algo o alguien por quién merece la pena vivir?”).
- No buscar quitar ideas de autolesión o de suicidio. Lo importante es APLAZAR LA DECISIÓN.
- Escucha el doble y habla la mitad (introduce preguntas desde lo emocional, siembra la ambivalencia).

Estrategias de comunicación en espejo:

- “Parece que estás pasando por un mal momento”.
- “Parece que estás triste, enfadado/a, asustado/a...”.
- “Imagino que no es sencillo hablar de lo que te ocurre”.
- “Me gustaría saber cómo puedo ayudarte”.
- “Me gustaría quedarme contigo, aunque sea en silencio”.
- “Me importas...me preocupa que estés bien...que puedas dañarte”.
- “A mí a veces me resulta difícil hablar de cómo me siento”.
- ¿Qué voy a saber yo de tu dolor...?, cuéntamelo.

¿Qué hacer en caso de sospecha de autolesión:

- **Asegúrate de que no existe intención de quitarse la vida.**
- Investiga y aprende, todo lo posible sobre la conducta autolesiva para poder comprenderla.
- No evites el tema de la autolesión.
- Establece un diálogo abierto y directo, en un clima adecuado e confianza en el que la persona se sienta segura para hablar con sinceridad, inicia el acercamiento de forma activa, pero sin insistir.
- Pregunta, escucha e interésate por lo que la persona dice.
- Pídele que te ayude a entender lo que le pasa.
- Pregunta abiertamente qué es lo que necesita, y cómo puedes ayudar.
- Valora y valida sus emociones sin opinar ni juzgar si son “apropiadas o no”.
- Evita frases el tipo “eso es una tontería” o “ya se te pasará”.
- Intenta averiguar las causas que están provocando la conducta autolesiva.
- La autolesión es la consecuencia de un problema.
- Se comprensiva/o y cariñosa/o. Refuerza y alienta cualquier progreso.
- Establece límites que sean razonables.
- No olvides tu autocuidado.
- **BUSCA ASESORAMIENTO Y AYUDA PROFESIONAL.**

¿Qué NO hacer en caso de sospecha de autolesión?:

- No te asustes, no muestres pánico, rechazo o incomprensión.
- No te enfades, grites, discutas, amenaces, hagas comparaciones o acusaciones. Se consciente de que, habitualmente, la persona que se autolesiona está sufriendo, y no sabe cómo afrontar la situación por la que está pasando.
- No culpabilices: evita frases del tipo “deja de hacer eso que nos estás haciendo daño”.
- No hagas reproches por sus sentimientos actuales, “¿cómo puedes decir eso? Si lo tienes todo...”.
- No minimices lo que siente, piensa o quiere, “eso se pasa con los años”, “tienes toda la vida por delante”.
- No utilices sarcasmos.
- No ignores la conducta ni la minimices. No ignores amenazas de suicidio. Toma sus amenazas en serio. Evita frases del tipo “no digas más tonterías”, “anda... anda...”.
- No juzgues ni critiques en caso de tener que expresar sentimientos negativos o malestar, hazlo de forma clara, con firmeza, dejando claro el motivo del disgusto, pero sin criticar a la persona, dejando claro que lo que está mal es el comportamiento, y no la persona: “en este caso no te has comportado bien” en lugar de “eres malo/a”.
- No castigues, desafíes ni des ningún ultimátum.
- No uses argumentos de chantaje emocional: “si lo haces vas a destrozar a tu familia”. No olvidar que en muchos casos existen problemas previos familiares.
- Minimizar o trivializar el comportamiento de autolesión. Juzgar o culpar a la persona. Amenazar o intimidar.
- Ignorar la autolesión o fingir que el problema no existe, puede hacer que la persona que se autolesiona lo haga con peores consecuencias para su integridad física.
- Dar consejos o soluciones rápidas.
- Hacer preguntas demasiado directas.
- Asumir que la autolesión es un intento de suicidio.
- Minimizar los sentimientos de la persona.
- Utilizar un tono de voz condescendiente.
- Cambiar de tema.

A modo de resumen y según las aportaciones de las personas participantes:

- Importancia de la función de protección como educadores/as, haciendo “sentir querido/a” a las personas con las que trabajamos.
- La autolesión y el suicidio no son el problema, son el resultado, el síntoma de un problema que debemos sostener, acompañar y humanizar.
- La persona que se quita la vida no desea morir, sino dejar de sentir dolor, desesperanza y desilusión. Nadie feliz quiere morir. Derecho a vivir sin sufrir.
- Funciones de la autolesión (¿para qué?): La conducta autolítica como instrumento de comunicación social, regulación emocional o autocastigo. Centrarnos en el “para qué” y no en el “por qué” con relación a las autolesiones.
- Acompañar desde un lugar de igual. Evitar la conducta paternalista en nuestras intervenciones.
- Humanizar el dolor, hablar del “nosotr@s”, estar presentes y disponibles. Ser encuentro, acogida y espacio.
- Importancia de generar ambivalencia para retrasar la idea suicida. Nunca intentar quitar la idea de hacerse daño o de morir, sino enfocar la intervención en retrasar la decisión. Validar la emoción y confrontar la conducta.
- Las 3D (dolor, desesperanza, desconexión).
- Centrarnos en los factores “precipitantes”.
- La incapacidad de manejo y expresión emocional como característica clave.
- Estar alerta ante posibles “conductas de cierre” (despedida).
- Mantener como terapeutas la continua curiosidad y la necesidad de aprender e investigar. Formación permanente profesional. Asesorarnos y pedir ayuda dentro de nuestros equipos.
- Recuperar la pérdida de narrativa.
- La importancia el contexto bio-psico-social.
- “No hay mayor arma terapéutica que el manejo de los silencios”.
- No hay que mirar solo el árbol, hay que alejarse para poder ver el bosque (pensamiento zoom).
- Las conductas autolesivas emocionales y psicológicas son más frecuentes que las físicas y apenas se habla de ellas, siendo la antesala de las autoagresiones físicas.
- Límites de la confidencialidad e importancia de esta en las intervenciones. Explicar la confidencialidad de manera amable.
- Internet y RRSS como posibles elementos de riesgo. Dictadura del “like”. Gravedad del hecho de que existan chats específicos de suicidio e información específica y detallada en Internet acerca de cómo quitarse la vida.
- Cuando hay ideación de suicidio hay que saber el cómo y si tiene acceso o no al medio. Si hay ideación y verbalización, hay riesgo.
- La impulsividad como factor de riesgo en la conducta autolesiva y la ideación suicida.

Estrategias y herramientas de protección en la infancia.

5

La salud mental es un componente fundamental de nuestro bienestar general. No se limita simplemente a la ausencia de trastornos mentales, sino que abarca el equilibrio emocional, la capacidad para enfrentar desafíos y la calidad de nuestras relaciones interpersonales.

Cuando hablamos de salud mental en la infancia y adolescencia, nos referimos a la capacidad de los niños, niñas y adolescentes para desarrollar una base emocional sólida que les permita enfrentar las adversidades y prosperar en su vida cotidiana.

Situaciones normales y esperables en la infancia:

Podemos encontrarnos con situaciones propias de la fase del desarrollo en la que se encuentra el niño o niña. Por ejemplo:

-Falta de autonomía o una mayor dependencia de una figura adulta.

Estas situaciones no tienen por qué asustarnos, preocuparnos o implicar una problemática de salud mental.

¿Cuándo nos debe saltar la alarma?

Cuando se dan situaciones que están fuera de la normalidad esperable en esta etapa del desarrollo. Por ejemplo:

Miedos y ansiedad exagerados al separarse de sus cuidadores/as de referencia, miedo al error que lo/la paraliza de manera constante. La persona que ejerce los cuidados tiene una actitud de sobreprotección exagerada, impidiendo que el niño o la niña actúe acorde a su edad y de forma autónoma.

Acción protectora

¿Qué acción protectora puede ayudar a pasar de etapa?

En el ejemplo anterior: Permitir la exposición a situaciones de “estrés”, lograr retos, permitir el error, apoyar y animar ante los errores, manejar la frustración de la propia persona adulta.

En nuestra realidad

Podemos encontrarnos con población infantil con escaso desarrollo de la psicomotricidad y escasa expresión emocional, que son capaces de hablar de hechos concretos, pero no hacen referencia a cómo se sienten en esas situaciones. Presentan también escasa expresión verbal, cuentan poco o nada de su día a día.

Suelen tener un movimiento constante de tipo impulsivo y respuestas poco reflexionadas. Hablan constantemente, tienen dificultad para la relación entre iguales y verbalizan tener pocas amistades, dicen que nadie los/as elige para los juegos, o trabajos en grupo.

Ante estas situaciones, podemos hacernos las siguientes reflexiones para trabajar dentro de nuestros equipos:

- ¿Qué situaciones nos encontramos en nuestro contexto?
- ¿Qué acciones mejoran la situación que encontramos? ¿Podemos aplicar nuevas acciones que faciliten la mejora? ¿Cuáles? Acciones o situaciones dentro y fuera de nuestros proyectos.
- ¿Qué puede agravar el problema? Acciones o situaciones dentro y fuera de nuestros proyectos.
- Proponemos intervenir desde el enfoque preventivo, desde el que planteamos los siguientes objetivos:
 1. Promover hábitos saludables.
 2. Brindar protección y fomentar el autocuidado emocional.
 3. Intercambio enriquecedor aplicable en situaciones específicas en cada comunidad.
 4. Materializarlo en herramientas útiles para la intervención.

Debemos tomar conciencia de que, como figuras adultas de referencia, somos modelos para la primera infancia, ya que están en un momento de mucha exploración e imitación de las figuras de cuidado. Revisar nuestra manera de relacionarnos, de actuar..., nos ayuda a hacerlo de forma más consciente.

Vídeo: “Los hijos imitan a sus padres” <https://www.youtube.com/watch?v=-8tfltdHbOY>

Es de vital importancia el acompañamiento emocional, donde los niños y niñas puedan “sentirse sentidos”. Cuando el niño se “siente sentido” siente que pertenece y que es parte importante de su familia, lo cual se va a reflejar en su seguridad y en su autoestima (Siegel, Daniel J. 2011 El cerebro del niño: 12 estrategias revolucionarias para cultivar la mente en desarrollo de tu hijo).

Estar en contacto con nuestras propias emociones y estar lo más autorregulados/as posibles es otra estrategia importante, así como poder expresar cómo nos sentimos para que nos entiendan mejor y vean que las figuras adultas también sentimos diversas emociones.

Por otro lado, es necesario poder sintonizar con la emoción de los niños y las niñas: escuchar lo que ha pasado, transmitir que les escuchamos, darles espacio para que lo expresen, validar lo que sienten y ayudarles repitiendo palabras o poniéndolas cuando no pueden “claro estás enfadado/a porque...” “yo también estaría muy enfadado/a por eso...”. Insistimos una vez más en la importancia de validar la emoción, lo que no quiere decir que validemos su conducta.

Encontrar una solución alternativa juntos/as es también una buena estrategia, ya sea en ese momento o cuando esté en un momento más calmado, ayudando a encontrar las soluciones (o alternativas) para futuras ocasiones.

Partiremos siempre de una educación en igualdad, tratando equitativamente a las personas sean del sexo que sean o vengan de donde vengan. A veces quien más tranquilo/a parece y menos conflictos da, puede ser quien más nos necesite, por lo que es importante observar a todos y todas por igual. Del mismo modo, propiciaremos actividades donde trabajemos el buen trato, para reconocer lo que es buen trato y mal trato y qué se puede hacer ante el maltrato propio o ajeno.

La autoridad ganada, no impuesta, es otra de nuestras tareas a conseguir, siendo agentes de resiliencia y fomentando la autoridad desde el afecto.

Por último, no podemos olvidar que vamos a tener personas con experiencias difíciles y muy posiblemente traumáticas, por lo que nuestra misión es poder crear un entorno seguro y acogedor con una mirada y escucha atenta. Esto permite que la infancia pueda hablar y no silenciar las cosas negativas que les pasan en su día a día. En palabras de Boris Cyrulnik, "el maestro nunca llega a saber lo importante que pudo ser para un niño".

INFANCIA (Cuadro realizado por las personas participantes)

Qué puede agravar el problema	Problemática Situaciones que encontramos habitualmente en esta etapa	Qué puede ayudar a pasar de etapa / Conductas saludables
<p>1-Responder a su demanda de inmediatez sin esforzarnos en hacer respetar el límite.</p> <p>2-Desesperarnos ante rabietas o malos comportamientos.</p> <p>3-Juzgar al/a la niñ@ por la conducta, diciendo que “es así”.</p>	<p>Inmediatez</p>	<p>1-Proponer actividades que conlleven esfuerzo y tras ello la recompensa, sin ser inmediata.</p> <p>2-Espaciar la recompensa a su demanda.</p> <p>3-Cómo educadores/as sostener su inmediatez, respirar...</p> <p>4-Explicar por qué hacemos estos procesos; por ejemplo, determinadas conductas como parte de un proceso para aprender a esperar por las recompensas.</p>
<p>1-Decir “como sigas mintiendo no creeremos en ti”.</p> <p>2-Juzgar la intención del niño o niña cuando miente por ocultar, ya que en muchas ocasiones solo se trata de una manera de defenderse de su realidad que nos le gusta.</p> <p>3-Dejar en ridículo al niño/a destapando su mentira en público.</p> <p>4- Mentir nosotros/as mismos/as.</p> <p>5- Comparar con otros/as niños/as.</p> <p>6-Ofendernos por mentirnos.</p>	<p>Mentiras</p>	<p>Entenderla como un proceso o como una manera de afrontar algo que no les agrada:</p> <p>1-Dar tiempo y reformular la mentira. Escuchar. Dar confianza.</p> <p>2-Servir de espejo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Asumir errores propios. -Hablar de la vergüenza. -Trabajar cuentos sobre afrontar dificultades (“El abrigo de Pupa”) <p>3-Observar la función para el/la niño/a con la mentira: ¿Para qué?</p> <p>4-Reforzar lo positivo.</p> <p>5-Reflexionar sobre el proceso.</p>

INFANCIA (Cuadro realizado por las personas participantes)

Qué puede agravar el problema	Problemática Situaciones que encontramos habitualmente en esta etapa	Qué puede ayudar a pasar de etapa / Conductas saludables
<p>1-Infantilizar. 2-Asignar demasiadas actividades y responsabilidades que no les corresponde.</p>	<p>Desajustes del desarrollo</p>	<p>1-En actividades, asignación de responsabilidades para favorecer buenos modelos de grupo. 2-Economía de fichas para fomentar autonomía en ciertas responsabilidades. 3-Asignar responsabilidades individuales. 4-Hacer consciente de su comportamiento y ofrecer alternativas de conducta. 5-Sugerir a la familia establecer un reparto de responsabilidades. 6-Búsqueda de recursos para apoyo (que puede ser más asistencial).</p>
<p>1-Juzgar la conducta o vestimenta. 2-Tratarlo como tema tabú. 3-Que el equipo educativo no tenga formación en perspectiva de género.</p>	<p>Conducta sexual desajustada</p>	<p>1-Educación afectivo-sexual temprana y roles de género. Partir de sus necesidades, conocer qué dudas tienen, qué inquietudes. 2-Acercarles y dar a conocer recursos especializados.</p>

INFANCIA (Cuadro realizado por las personas participantes)

Qué puede agravar el problema	Problemática Situaciones que encontramos habitualmente en esta etapa	Qué puede ayudar a pasar de etapa / Conductas saludables
<p>1-Dinámicas no facilitadoras, (no dar tiempo a que las dinámicas de grupo se creen, forzar, exposición brusca, no promover momentos interacción...).</p> <p>2-Utilización excesiva de las tecnologías.</p> <p>3-Ridiculización o discriminación por parte de profesionales (sarcasmo, bromas...)</p>	Dificultades en HHSS	<p>1-Promover actividades, juegos y dinámicas en las que se promueva la interacción (de equipo, cooperativos...)</p> <p>2-Talleres de rol playing.</p> <p>3-Ser referente de HHSS.</p> <p>4-Hacer de enlace o mediador.</p> <p>5-Cuidar no invisibilizar ni exponer demasiado.</p>
<p>1-No validar las emociones: decir frases como “no llores”, “no te enfades”,</p> <p>2-Ponernos nerviosos/as, cuando los niños o niñas se muestran enfadados/as, tristes...</p> <p>3-Centrarnos en sus tareas y no tomar tiempo en hablar de sus emociones.</p>	Falta de regulación emocional	<p>1-Proporcionar espacios de expresión emocional.</p> <p>2-Psicoeducación. Enseñar herramientas concretas como el semáforo, tiempo fuera o relajación.</p> <p>3-Ayudar a reconocer sus reacciones fisiológicas y aprender a evaluar las situaciones para reconocer sus emociones.</p> <p>4-Libros: “que siente el personaje” “el monstruo de las emociones”</p> <p>5-Juegos: ikonikus o único.</p> <p>6-Imágenes sikkohona.</p>

INFANCIA (Cuadro realizado por las personas participantes)

<p style="text-align: center;">Qué puede agravar el problema</p>	<p style="text-align: center;">Problemática Situaciones que encontramos habitualmente en esta etapa</p>	<p style="text-align: center;">Qué puede ayudar a pasar de etapa / Conductas saludables</p>
<p>1-No dar explicaciones para entender la norma. 2-Patrones educativos ambivalentes, cambiar las normas sin avisar. 3-Cambio de figura educativa de referencia sin poder despedirse. 4-Falta de límites por miedo a que se enfaden más. 5-Falta de sensación de justicia por parte de l@s niñ@s. 6-Estilo educativo autoritario.</p>	<p style="text-align: center;">Límites, normas, falta de respeto a la autoridad</p>	<p>1-Coherencia y constancia. 2-Elaboración de las normas y los compromisos grupales de manera conjunta. 3-Establecer acuerdos educativos comunes. 4-Generar ambientes seguros y sin violencia. 5-Asignar y distribuir responsabilidades de forma rotativa. 6-Ser modelo de referencia y ser congruente. 7-Educar desde el sentido preventivo, razón, religión y amor.</p>
<p>1-No poner límites. 2-Actuar De forma nerviosa y/o agitada. 3-Insistir en mantener la situación.</p>	<p style="text-align: center;">Baja tolerancia a la frustración</p>	<p>1-Analizar la situación y ayudar a reflexionar. 2-Educar en emociones y entrenarlas (con juegos y retos superables). 3-Reconocer los pequeños logros. 4-Ayudar a ver lo que se “pierde” por la mala gestión de la frustración.</p>

INFANCIA (Cuadro realizado por las personas participantes)

<p>1-Hablar con ell@s solo de ese tema porque es el que les interesa. 2-Prohibir o decir que no está bien. 3-Juzgar.</p>	<p>Intereses Monotemáticos</p>	<p>1-Jugar a distintos juegos de mesa y deportes atractivos para la edad. 2-Implicar en asambleas para presentar otras alternativas (lluvia de ideas de opciones de ocio). 3-Trabajar la curiosidad y otras miradas. 4-Preparar actividades nuevas junt@s. 5-Pautar con ell@s actividades y tiempos.</p>
<p>1-Crear falsas expectativas. 2-Regañar en público. 3-Forzar las relaciones. 4-Deslealtad. 5-Cambios constantes de equipos</p>	<p>Desconfianza en las relaciones</p>	<p>1-Crear vínculos cuidando el acompañamiento sin juicio. Relación lineal. 2-Crear redes de confianza con todos los agentes que intervienen en la vida del/ de la menor. 3-Ofrecer espacios de escucha, validar emociones y facilitar experiencias reparadoras. 4-Espacios de atención individualizada, seguros y de confianza.</p>
<p>1-Castigo. 2-Confrontar la situación en tono de exigencia sin dar herramientas para gestionar la emoción. 3-Entrar en confrontación subiendo el tono el o la educadora para ponerse por encima.</p>	<p>impulsividad - agresividad</p>	<p>1-Espacios de calma, ofreciendo escucha y dotando de herramientas que fomentan la relajación. 2-Identificar la emoción y ofrecer alternativas para la gestión emocional. 3-Establecer acuerdos de convivencia en los que esté implicado el/la menor y compartirlos con los diferentes ambientes donde se relaciona (familia, colegio...)</p>

ACCIONES PROTECTORAS

Vídeos sobre consentimiento (educación sexual)

https://youtube.com/@FundacionPASOficial?si=Fh61s5c_5CWsWmPJ

<https://youtu.be/BuuyajcjFC4?feature=shared>

A modo de resumen: aportaciones de las personas participantes:

- Importancia del autocuidado (cuidarnos para poder cuidar).
- Acciones protectoras (autorregulación de las emociones y detección de necesidades).
- Crear un entorno seguro y acogedor.
- Es importante que las personas con las que trabajamos “se sientan sentidos/as” y “se sientan queridos/as”. “Para mí eres importante”, ser “bombas de amor”.
- Unir emoción y necesidad. Poner en diálogo las emociones y las necesidades.
- Conocer el contexto y uso de TIC para el trabajo con menores.
- Validar el dolor, empatía para conectar.
- Tener una mirada diferente.
- Hay comportamientos limitantes, pero que son característicos de la edad y los irán superando con normalidad.
- Analizar los comportamientos que sí son desajustados. Buscar actividades o espacios que ayuden a desbloquear o superar esas dificultades.
- Reflexionar sobre lo que hacemos mal para “reinventarlo” y mejorar.
- Escuchar, reflejar y ayudar a poner nombre a lo que sienten.
- Importancia de verbalizar nuestras propias emociones.
- Servir y acompañar desde el espejo que reflejamos. Somos modelos para la primera infancia, tomemos conciencia.
- Equilibrar la balanza.
- Observar a todos y todas por igual.



Estrategias y herramientas de protección en la adolescencia.

6

En la adolescencia, el autoconcepto y la autoestima están en fase de construcción, por lo que se dan inseguridades físicas, psicológicas y continuas comparaciones.

En esta etapa del desarrollo, empieza a haber cambios en sus rutinas y tareas del día a día, por lo que pueden presentarse nuevas dificultades para desarrollar hábitos y ocio saludables. Así mismo, son frecuentes las quejas ante los inconvenientes, obstáculos o imprevistos al producirse cambios de metas y objetivos.

Es común en esta etapa experimentar las primeras experiencias de relaciones afectivo-sexuales, incluyendo la búsqueda de identidad personal, así como la orientación sexual.

Por último, no podemos dejar de mencionar aquellos aspectos que generan enfrentamiento en las relaciones con personas adultas, ya sean figuras parentales/marentales, familiares, figuras educativas u otras de referencia. Nos referimos a cuestionarlo todo, tener una actitud excesivamente crítica con lo que les rodea, quejarse en exceso por cosas aparentemente sin importancia, o enfrentarse a las personas adultas de forma reiterada. Esto es fruto de la búsqueda de identidad, búsqueda de "su lugar en el mundo", frecuentes contradicciones, búsqueda de la verdad, maduración de la capacidad crítica personal y ambivalencia que generan los cambios, tanto físicos como emocionales y psicológicos.

Pueden ser muchos y diversos los temas que preocupan a los y las adolescentes, si no tienes claro cuáles pueden ser estos temas, quizá sea un buen momento para hacerte esta pregunta y para trasladársela a ellos/as.

Proponemos aquí una serie de temas que creemos que son de vital importancia en esta etapa y una serie de herramientas o dinámicas para trabajar cada una de estas cuestiones.

Familia: distribuye objetos, muñecos o imágenes por el espacio en el que estés. Invita a las personas participantes a que puedan representar a su familia a partir de los objetos propuestos. Propón que compartan su composición y hagan una foto donde podáis.

Así elaborarán un escudo familiar con fortalezas, un lema de la familia, tomarán conciencia de sus particularidades, conocerán y darán a conocer sus antecedentes, etc.

Trabaja la autoestima con El Círculo: todas las personas participantes se sientan en círculo y ponen su nombre en un papel, dicho papel se pasará a la derecha del círculo. Las demás personas tendrán que poner cualidades positivas de dicha persona (cualidades, aspectos que le gusta de esa persona, habilidades, capacidades, etc.). Posteriormente expresar cómo se han sentido con lo escrito, qué cosas le han llamado la atención, etc.

Amor: educación para promover relaciones sanas y de respeto (amistades y en pareja). La Rueda de las Relaciones: Deben dibujar una rueda y dividir en secciones las diferentes áreas importantes de una relación como comunicación, confianza, respeto, etc. Reflexionar sobre cada una identificando fortalezas y áreas de mejora. Fomentar el diálogo abierto sobre las relaciones amorosas.

Bullying y cyberbullying: actividades de buen trato y mal trato. Ofrecer casos e imágenes al grupo de buenos tratos y malos tratos. Tendrán una tarjeta roja y otra verde. Cada persona explicará el porqué de su elección pudiendo cambiarla si quiere y a partir de ahí generar debate. Finalmente, pueden compartir experiencias personales o de otras personas conocidas a cerca de este tema, poner en común las emociones que se viven y las soluciones a esto.

Futuro: visualizar cómo se ven de aquí a cuando tengan 18 años y escribirle una carta a su yo del futuro expresándole qué le gustaría que hubiera conseguido o cómo le gustaría que se sintiera y qué puede hacer para ello. También pueden hacer un collage en una cartulina grande sobre cómo se visualizan en el futuro.

Amistad: El átomo de la amistad. Las personas participantes se representan a sí mismas en un folio (en el centro de la hoja) con un punto, un color, una sigla, un símbolo, etc. y a su alrededor pondrán a sus amistades situadas más cerca o más lejos en función de lo cerca o lejos que les sientan emocionalmente. Posteriormente, y en otro color, situarán dónde les gustaría que estuviesen realmente esas personas y qué se puede hacer para que esto suceda.

Familia: Es importante acompañar a las familias a traducir y entender el lenguaje adolescente. Para ello, se pueden ayudar del libro Tormenta cerebral de Siegel. Así mismo, hay que conocer cómo se sienten los y las adolescentes en sus respectivas familias, cuáles son las dificultades con las que se encuentran, qué necesitan para encontrarse mejor, cómo están en sus diferentes contextos, etc.

Expectativas: ayudar y acompañar en el ajuste de expectativas generando espacios de reflexión por medio de asambleas, actividades para la educación en valores o actividades como teatro social con temas que les preocupen. Por otro lado, no podemos olvidar el generar espacios con tutorías individuales, ya que algunas personas tienen dificultades para expresarse abiertamente en grupo.

ADOLESCENCIA (cuadro realizado por las personas participantes)

<p>“Qué puede agravar el problema”</p>	<p>“Problemática” Situaciones normales en esta etapa del desarrollo que no nos deben asustar o preocupar</p>	<p>“Qué puede ayudar a pasar de etapa” / Conducta saludable</p>
<p>1-Fumar delante de ellos/as. 2-Comentar con los y las adolescentes nuestras compras constantes. 3-Hacer juicios de valor. 4-Dejar pasar los consumos como algo normal. 5-Normalizar el hecho de que no puedan dejar el consumo</p>	<p>Consumo</p>	<p>1-Proporcionar alternativas de ocio saludables y placenteras. 2- Visibilizar a través de experiencias las consecuencias que puede tener el consumo. 3-Formar y actualizar al equipo sobre las nuevas drogas. 4-Normalizar la búsqueda de experiencias y entenderla como una oportunidad para educar.</p>
<p>1-Invalidar, ridiculizar, presuponer lo que le pasa sin dar espacio a su propia expresión... 2-No buscar u ofrecer ayuda ante cambios bruscos de comportamiento (si deja de comunicarse, si observamos conductas que les puedan ocasionar daño, etc.)</p>	<p>Dificultad de gestión emocional (por exceso o por defecto)</p>	<p>1-Utilizar recursos que apoyen la identificación de emociones (diario de emociones, tablero de las emociones, konekta...). 2-Ofrecer herramientas para gestionar las emociones (técnicas de respiración y relajación...). 3-Validar, aceptar y permitir todas las emociones, ayudarles a entender que a veces hacemos acciones que no están bien, pero eso no nos hace malas personas. 4-Servir de modelo haciendo explícitas nuestras emociones, mostrando un modelo de manejo de emociones...</p>

ADOLESCENCIA (cuadro realizado por las personas participantes)

<p>“Qué puede agravar el problema”</p>	<p>“Problemática” Situaciones normales en esta etapa del desarrollo que no nos deben asustar o preocupar</p>	<p>“Qué puede ayudar a pasar de etapa” / Conducta saludable</p>
<p>1-Hacer talleres aburridos sin tener en cuenta sus intereses. 2-Cuestionar sus sueños porque no están ajustados a nuestras posibilidades. 3-Educadores/as sin ilusión y cansancio.</p>	<p>Falta ilusión</p>	<p>1-Marcar objetivos y metas claras reforzando los pequeños logros. 2-Contar con su opinión para preparar las diferentes actividades que se realizan. 3-Dar a conocer alternativas de ocio. 4-Equipo educativo ilusionado. 5-Elaborar el “Proyecto de vida” para conocer sus intereses. 6-Tutorías de orientación formativo laboral.</p>
<p>1-No dar lugar a hablar del tema, del sufrimiento. 2-Frases hechas “no lo hagas”, “piensa en tu familia”, “por qué te haces daño”. 3-Culpabilizar. 4-Quitar importancia a la conducta. Ignorarlo, no tratar el tema. 5-Centrarnos en mitos al no tener conocimiento profesional dentro de los equipos de trabajo. 6-Difundirlo en los grupos de iguales.</p>	<p>Autolesiones</p>	<p>1-Formación específica para los equipos. 2-Observar, vincular, preguntar, escuchar y acompañar. 3-Validar la emoción y confrontar la conducta. 4-Talleres grupales por parte de los equipos educativos y psicológicos. 5-Facilitar herramientas alternativas de gestión del estrés. 6-Autocuidado del equipo educativo y psicológico con formaciones y acompañamiento profesional. 7-Facilitar rutinas de autocuidado de las lesiones y heridas para que aprendan a cuidarse.</p>

ADOLESCENCIA (cuadro realizado por las personas participantes)

<p>“Qué puede agravar el problema”</p>	<p>“Problemática” Situaciones normales en esta etapa del desarrollo que no nos deben asustar o preocupar</p>	<p>“Qué puede ayudar a pasar de etapa” / Conducta saludable</p>
<p>1-Hacer talleres aburridos sin tener en cuenta sus intereses. 2-Cuestionar sus sueños porque no están ajustados a nuestras posibilidades. 3-Educadores/as sin ilusión y cansancio.</p>	<p>Falta ilusión</p>	<p>1-Marcar objetivos y metas claras reforzando los pequeños logros. 2-Contar con su opinión para preparar las diferentes actividades que se realizan. 3-Dar a conocer alternativas de ocio. 4-Equipo educativo ilusionado. 5-Elaborar el “Proyecto de vida” para conocer sus intereses. 6-Tutorías de orientación formativo laboral.</p>
<p>1-Plantearnos nuestro propio consumo y la forma de relacionarnos con los y las adolescentes. 2-Ser modelos negativos. 3-Derrochar dinero en nuestras actividades y no fomentar la humildad. 4-Falta de acompañamiento y objetivos relacionados con la gestión y la consecución del dinero. 5-Juzgar su necesidad de tener dinero rápido sin saber el motivo. 6-Premiar siempre con cosas materiales.</p>	<p>Dinero Rápido</p>	<p>1-Incluir a los y las adolescentes en la elaboración de los presupuestos para que sean conscientes del coste de las cosas. 2-Sistema de recompensas de fichas, para que comprendan la no inmediatez de los premios. 3-Fijar objetivos reales con la población adolescente, trabajar los pasos para la consecución de estos y hablar de cómo se han sentido al lograrlo. 4-Juegos y actividades en donde tengan que gestionar dinero ficticio de manera responsable. 5-Recibir testimonios de personas que hayan hecho de la humildad un estilo de vida. 6-Actividades de control de conducta, ver las consecuencias (modelos, experiencias...)</p>

ADOLESCENCIA (cuadro realizado por las personas participantes)

<p>“Qué puede agravar el problema”</p>	<p>“Problemática” Situaciones normales en esta etapa del desarrollo que no nos deben asustar o preocupar</p>	<p>“Qué puede ayudar a pasar de etapa” / Conducta saludable</p>
<p>1-Dar opiniones sobre el aspecto físico de los y las adolescentes, ya sean positivos o negativos. 2-No generar espacios en los que podamos hablar sobre cómo nos sentimos con nuestro cuerpo. 3-Obligar a salir en fotos. 4-Normalizar la perfección de las redes como belleza</p>	<p>Aceptar la imagen</p>	<p>1-Conocer sus referentes en las redes, con quien se identifican. 2-Talleres concretos: cineforum, dinámica espejo (cómo soy, qué me gusta de mí), Dinámica sobre qué percepción tienen las demás personas sobre mí. 3-Análisis de las presiones sociales con respecto al cuerpo.</p>
<p>1-No mostrar interés por sus intereses en las redes. 2-No entender las nuevas formas de conexión social. 3-Castigar con momentos de socialización.</p>	<p>Desconexión social</p>	<p>1-Implicar en la planificación de actividades de ocio que sean de su interés. 2-Crear espacios de comunicación segura (asambleas, círculos de diálogo, hablar de temas sociales, cuál es su destreza, expert@s en...). 3-Formaciones creadas por ellos y ellas para el grupo. 4-Motivar e implicar en acciones de voluntariado de la propia entidad. 5-Crear junt@s un mapeo del barrio. 6-Dar autonomía en experiencias reales. 7-No sobreproteger con desinformación.</p>

ADOLESCENCIA (cuadro realizado por las personas participantes)

“Qué puede agravar el problema”	“Problemática” Situaciones normales en esta etapa del desarrollo que no nos deben asustar o preocupar	“Qué puede ayudar a pasar de etapa” / Conducta saludable
<p>1-Evitar el tema, cambiar a otro tema. 2-Hablar de lo que creemos que necesitan sin escuchar sus necesidades. 3-Hablar solo de lo negativo que pueden tener las relaciones y no de lo positivo.</p>	<p>Maduración afectivo sexual</p>	<p>1-Hablar de relaciones sexuales como una parte más de las relaciones. 2-Ampliar la mirada de maduración afectivo sexual: cómo vincular, cómo me comunico con la otra persona, etc. 3-Dedicar espacios para escuchar y atender a sus necesidades. 4-Hablar sobre lo que ven en las redes para poder reflexionar con capacidad crítica y de análisis. 5-Trabajar la autoestima, el autoconcepto, y la identidad.</p>

ACCIONES PROTECTORAS

<https://www.sikkhonaedu.com/tienda>

A modo de resumen: aportaciones de las personas participantes:

- Normalizar situaciones o conductas que son propias de la adolescencia. Tener en cuenta que es una etapa de desarrollo neuronal, de ensayo, de necesidad de equivocarse para crecer. Normalizar la búsqueda de experiencias.
- Ayudar a la adolescencia a reflexionar sobre cómo piensan (forma), más que sobre lo que piensan (contenido).
- Trabajar desde el aprendizaje con otros/as. Ayudar a empatizar a través del diálogo.
- Hablar de las emociones y aprender a reconocer las necesidades.
- Valorar qué no hacer para poder saber qué hacer.
- Una persona se constituye en base a lo físico, lo cognitivo y lo emocional, por lo tanto, no hay dos personas iguales, aunque tengan una misma edad cronológica.
- Importancia de trabajar la maduración afectivo-sexual.
- Importancia de trabajar los sesgos inconscientes culturales y de género.
- Ser muy conscientes de su realidad (social y familiar) y trabajar desde esa base.
- Respetar los tiempos.

Estrategias y herramientas de protección en la Juventud.

7

Salud mental en la juventud:

En la corteza prefrontal tienen lugar las funciones cognitivas más delicadas: la toma de decisiones, la planificación de tareas y tiempos, la inhibición de un comportamiento inadecuado... y es la sede de nuestra autoconciencia. En las áreas frontales se controla y aúna lo cognitivo y lo afectivo.

El daño vivido en la infancia se manifiesta en la adolescencia y juventud en dificultad para encontrar un sentido a la vida. Barudy

Situaciones esperables en la juventud:

Podemos encontrarnos con situaciones propias de la fase del desarrollo en la que se encuentra el/la joven. Por ejemplo, inicio de la vida adulta, sentir miedo e inseguridad. Sensación de no querer crecer, etc. Estas situaciones no tienen por qué asustarnos, preocuparnos o implicar una problemática de salud mental.

¿Cuándo nos deben saltar las alarmas?

Cuando observamos situaciones que están fuera de la normalidad esperable en esta etapa del desarrollo. Por ejemplo, estancarse en la etapa adolescente, negarse a asumir nuevas responsabilidades, miedo a tomar sus propias decisiones y/o dependencia excesiva de otras personas.

Acción protectora

¿Qué acción protectora puede ayudar a pasar de etapa?

Ser benévolo/a con las primeras experiencias, teniendo en cuenta que cometemos errores y que pueden servirnos de aprendizaje.

En nuestra realidad, podemos encontrarnos con jóvenes con escasos proyectos de futuro, que no son capaces de hacer una planificación a medio plazo y que viven en una constante inmediatez del día a día. Quienes visualizan proyectos, suelen ser proyectos de futuro idealizados y poco realistas, que no se ajustan a su realidad.

Observamos también, poca conciencia de sus cualidades y aptitudes. Dan más valor a sus limitaciones que a sus oportunidades, dándole mucha importancia a lo que va mal por encima de lo que pueden llegar a conseguir.

Así mismo, encontramos jóvenes cuyas amistades pueden suponer un factor desencadenante de situaciones de mayor vulnerabilidad, ya que fomentan actividades insanas como el consumo de tóxicos u otros consumos adictivos sin sustancia (apuestas, adicción a las TICs) y/o pertenencia a bandas.

Por todo lo expuesto anteriormente, debemos trabajar desde un enfoque preventivo, que fomente actividades de escucha, de la oportunidad de ser un reflejo, ayude a poner nombre a lo que sienten y a tomar mayor conciencia emocional. Así mismo, nuestras intervenciones se han de encaminar a portar seguridad con presencia permanente y respetuosa. Ayudar a contener y regular las emociones (trabajar el autocontrol y la gestión emocional), así como la asunción de normas y límites claros, previsibles, razonables y justos.

Ante las situaciones de conflicto, proponemos generar un diálogo reflexivo y comprensivo acerca de sus necesidades y emociones, donde puedan sentirse "sentid@s y querid@s". De igual modo, fomentar relaciones saludables, en las que ayudamos a ver el lado bueno de la vida, a reír y afrontar con alegría el día a día, será un factor de protección y de éxito en el marco de nuestros proyectos socio-educativos. Al hilo de lo anterior, no podemos olvidar el entrenamiento en el pensamiento positivo, ya que la resiliencia es una capacidad que se aprende y se entrena, suponiendo un factor de protección necesario a lo largo de toda la vida. Para ello, entrenar el cómo superar problemas, fomenta una buena salud mental, a través de actividades que tienen que ver con la supervivencia (convivencias, rutas o caminos, actividades de montaña, etc.).

Recursos para profesionales:

<https://www.aldeasinfantiles.org.uy/biblioteca/publicaciones-materiales-institucionales/la-afectividad-consciente-como-competencia>

https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=7927

A modo de resumen: aportaciones de las personas participantes:

- Listado de retos y necesidades (priorizar).
- Trabajar la "excepcionalidad" desde la práctica de nuevas narrativas alternativas.
- Empezar a trabajar con la persona en el punto en el que está y no desde el punto en el que debería estar. Empezar por lo más factible para poder conectar. Priorizar objetivos de trabajo que estén dispuest@s a trabajar.
- Trabajar la subjetividad propia en el trabajo con otros/as.
- Entrenar sus capacidades y abrir la posibilidad de tener nuevos retos y objetivos de los que son capaces. Trabajar desde sus fortalezas nos permite un mayor acercamiento.
- Poner el foco en el proceso, no en el resultado.
- Ayudar a tomar conciencia emocional y conectar con sus emociones. Ayudar en la construcción del autoconcepto y la autoestima.
- Entrenar la resiliencia, fomentar pensamiento positivo para superar problemas y dar herramientas para ser capaces.
- Darle la vuelta a los discursos negativos y negativistas construidos socialmente.
- Importancia de la supervisión de casos en el equipo.
- El daño vivido en la infancia limita la evolución en la adolescencia y la juventud.
- Presencia permanente y respetuosa.
- Fomentar relaciones saludables; risa terapéutica, estar siempre alegres y transmitirlo.
- Tenemos jóvenes que no son soñados por nadie. Soñemos nosotr@s con ell@s y por ell@s. Aprender a soñar por un@ mism@ y para otros/as. Construimos la identidad que soñamos.

El autocuidado de los equipos educativos.

8

Decálogo de buenas prácticas.

Para finalizar esta publicación, la cual trata de recoger lo abordado durante las Jornadas Formativas “Promoviendo la Salud Mental: Un enfoque integral para la infancia, la adolescencia y los equipos educativos”, os proponemos un “decálogo” de buenas prácticas para fomentar el autocuidado de los equipos educativos.

Como hemos abordado durante el transcurso de las Jornadas, para poder promover el bienestar emocional y prevenir la aparición de problemas de salud mental entre la población infanto—juvenil con la que trabajamos, es clave empezar antes por mejorar el bienestar del conjunto de profesionales de la Intervención Social que llevamos a cabo cada uno de los proyectos.

Es importante que tomes medidas para abordar y reducir el malestar, así como para prevenir la aparición de problemas de salud derivados del desgaste emocional de tu trabajo. Cuidar de tu salud emocional y física, y de tus relaciones sociales, te permitirá mejorar tu bienestar emocional.

1.Realiza actividades placenteras: Dedica tiempo a hacer cosas que te gusten o que sean significativas o gratificantes para ti. La tarea de educador/a tiene unas altas exigencias emocionales y cognitivas, a menudo, tu trabajo no acaba cuando sales del recurso. Dedícate tiempo a ti mismo/a durante la semana y los fines de semana.

2.Usa estrategias para recuperar la calma cuando nos invaden las emociones desagradables: Respiración, auto instrucciones positivas, estiramientos, lectura, música relajante, o cualquier otra actividad que nos permita transitar a otra emoción.

3.Acepta y pide ayuda: Los equipos educativos y de coordinación a menudo sufren estrés o agotamiento emocional debido a la intensidad de su trabajo. Si te cuesta seguir el ritmo de las actividades diarias o hacer frente a los retos cotidianos, intenta hablar con alguien de confianza, busca apoyo en la figura de coordinación o equipo psicológico de tu recurso socio-educativo o en tu centro de salud de zona.

4.Sociabiliza: Dedica tiempo a relacionarte y conversar regularmente con tus compañeros/as dentro y fuera del trabajo, así como con tus amistades o familiares. Haz una lista de personas que te transmiten sensaciones positivas, apoyo y confianza y trata de tener un contacto continuado con ellas. Tener una buena red de apoyo puede tener un impacto significativo en tu bienestar psicológico.

5. Ponte límites: Hay ciertas situaciones donde hay que poner límites con el objetivo de protegerte. Si crees que las exigencias y demandas que se te hacen en el trabajo o en casa son excesivas, intenta hablarlo con las personas correspondientes para poder negociar algunos límites y condiciones y poder llegar a un acuerdo donde se respeten tus derechos y los de la otra persona. Intenta ser asertivo/a en esta conversación, nunca culpabilizando a la otra persona, sino planteando el malestar que te generan algunas demandas, exigencias o situaciones, expresar tus necesidades, y tener la apertura para negociar. Si la otra persona no se muestra para nada abierta a hablar o negociar, habrá que poner un límite desde el "no" aceptar o ceder a sus peticiones para poder salvaguardar tu bienestar.

6. Celebra tus logros: ¡Celebra tus éxitos! Tómate tu tiempo para reconocer los éxitos que has conseguido, por grandes o pequeños que te parezcan. Quizás se trata de un momento de amabilidad, de un gran progreso con un/a menor, de un buen día en el recurso o de acabar de programar o evaluar el Proyecto.

7. Háblate bien a ti mism@: Es importante identificar como nos tratamos a nosotr@s mism@s, y para hacerlo será clave identificar si nos hablamos de una manera positiva y constructiva o negativa y destructiva. Es especialmente importante fijarnos en cómo nos hablamos cuando sucede una cosa estresante o que nos genere malestar. Algunos ejemplos de diálogo interno negativo son: "no soy válido@", "soy incapaz", "soy débil", "no soy suficiente", "todo ha sido por mi culpa". Es importante identificarlos para generar un cambio de diálogo contigo mism@ que sea más constructivo ante la misma situación, por ejemplo: "puedo equivocarme, no pasa nada", "puedo afrontarlo", "soy capaz de hacerlo", "la próxima vez lo puedo intentar de otro modo", "he aprendido de lo sucedido", "no pasa nada, tranquil@" etc. Es clave identificar cómo nos llamamos, para poder generar un diálogo más regulado, más constructivo y positivo con un@ mism@.

8. Realiza actividad física: Haz alguna actividad física para mejorar tu bienestar emocional y así reducir el estrés, como dar un paseo, ir en bici al trabajo o practicar algún tipo de ejercicio que te guste. Cualquier cosa que ponga tu cuerpo en movimiento te puede ayudar.

9. Mantén hábitos de alimentación saludables: Hay hábitos de alimentación que no son saludables, como, por ejemplo: comer muy rápido o cuando no tienes hambre, saltarte las comidas (o solo el desayuno), comer alimentos ultraprocesados, no beber suficiente agua, etc.

10. Respeta las horas de sueño: El sueño permite al cuerpo revitalizarse, renovarse y reposarse. Ayuda a que el sistema inmunitario funcione mejor, y nos mantiene mentalmente alerta. La mayoría de las personas adultas necesitan al menos 7 horas de sueño cada noche. Para mejorar la calidad del sueño, trata de hacer lo siguiente: acuéstate y levántate a la misma hora todos los días, incluidos los fines de semana, relájate con un libro o un baño justo antes de ir a dormir, aleja los dispositivos electrónicos de la habitación, evita las comidas abundantes, la cafeína, el alcohol y/o el tabaco, antes de acostarte.

¡Vive, ríe, ama, sueña...

quíerete, y sé feliz!



Coordinadora estatal
Plataformas Sociales
Salesianas





Coordinadora estatal

Plataformas Sociales Salesianas

COORDINADORA ESTATAL DE PLATAFORMAS SOCIALES SALESIANAS

C/ José Gutiérrez Maroto nº 18, 28051 Madrid

91 361 00 50

info@psocialesalesianas.org

www.psocialesalesianas.org

