



Guía técnica para la transformación institucional del modelo de acogimiento residencial

Pepa Horno Goicoechea • Toni Echeverría Cañabate
F. Javier Romeo Biedma • Josep Campins Cloquell



para cada infancia

PORTICUS

AUTORÍA

Pepa Horno Goicoechea

Psicóloga y consultora en infancia, afectividad y protección en Espirales Consultoría de Infancia

Toni Echeverría Cañabate

Pedagogo, educador social y colaborador en Espirales Consultoría de Infancia

F. Javier Romeo Biedma

Psicólogo, educador social y consultor en infancia, afectividad y protección en Espirales Consultoría de Infancia

Josep Campins Cloquell

Pedagogo, educador social y colaborador en Espirales Consultoría de Infancia

EDITA:

UNICEF España

Dirección de Programas e Influencia

C/ Mauricio Legendre, 36. 28046 Madrid

Tel. 913 789 555

www.unicef.es

Fotografías:

Portada: © UNICEF/UN0645381/Moldovan

Pág. 6: © UNICEF/UN0765531/

Pág. 8: © UNICEF/UN0284710/Bindra

Pág. 10: © UNICEF/UN045589/Pirozzi

Pág. 12: © UNICEF/UN0797096/

Pág. 18: © UNICEF/UN0603205/Deeb

Pág. 23: © UNICEF/UN040246/Khizanishvili

Pág. 25: © UNICEF/UNI38776/Pirozzi

Pág. 29: © UNICEF/UN0740023/Nader

Pág. 37: © UNICEF/UNI396443/Banda

Pág. 67: © UNICEF/UNI369265/Kelly

Pág. 75: © UNICEF/UNI322371/Schverdfinger

Índice

PRESENTACIÓN	5
1. EL CAMBIO DE MODELO TÉCNICO DE INTERVENCIÓN	7
1.1. ¿Por qué un cambio de modelo?	7
1.2. Pilares del modelo: vínculo y trauma	9
1.3. Un proceso institucional del que nadie debe quedar fuera	11
1.4. El liderazgo: institucional y técnico	13
2. LAS CONDICIONES QUE HACEN POSIBLE LA TRANSFORMACIÓN	15
2.1. Las condiciones habilitantes del proceso de cambio organizacional	15
2.1.1. Garantizar políticas de recursos humanos coherentes con el modelo propuesto	16
2.1.2. Adjudicar los recursos económicos suficientes para garantizar la viabilidad del proceso de cambio organizacional	19
2.1.3. Garantizar la implementación del proceso de cambio organizacional.....	20
2.1.4. Convertir el proceso de cambio organizacional en política institucional	21
2.2. Datos claves sobre el proceso de cambio organizacional	22
2.2.1. Quienes y en qué orden deben participar en el proceso de cambio organizacional	22
2.2.2. Las dificultades derivadas de un proceso humano y que no es lineal	23
3. CLAVES ESPECÍFICAS PARA IMPLEMENTAR EL MODELO CON DETERMINADOS GRUPOS POBLACIONALES FRECUENTES EN LOS CENTROS DE PROTECCIÓN	27
3.1. Niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso y explotación sexual	28
3.2. Niños, niñas y adolescentes con problemas de consumo y adicciones	31
3.3. Niños y niñas migrantes no acompañados y separados	32

4. LA MIRADA CONSCIENTE EN LOS CENTROS DE PROTECCIÓN. SISTEMATIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA DEL PROYECTO DE FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN	34
4.1. INTRODUCCIÓN	34
4.2. OBJETIVOS	35
4.2.1. Objetivo general	35
4.2.2. Objetivos específicos	35
4.3. Marco teórico de referencia del modelo propuesto	36
4.4. Propuesta metodológica	41
4.4.1. Condiciones necesarias para garantizar la eficacia de este proceso	41
4.4.2. Cronograma	42
4.4.3. Participantes	42
4.4.4. Estructura metodológica de las sesiones	42
4.4.5. Materiales necesarios para desarrollar las sesiones	43
4.5. Guión de contenidos y secuencia metodológica de las sesiones	44
Primera sesión: la afectividad consciente como competencia profesional	44
Segunda sesión: la mirada al dolor del niño, niña o adolescente desde la psicología del trauma	58
Tercera sesión: revisión del proyecto educativo del centro	71
Cuarta sesión: revisión del reglamento de funcionamiento del centro	76
Quinta sesión: revisión del entorno físico del centro.....	84
Sexta y séptima sesión: supervisión de la intervención concretas con niños, niñas y adolescentes	90
Sesiones de seguimiento: dificultades surgidas en la implementación de los cambios acordados....	92
4.6. Algunas claves finales sobre la implementación del programa.....	95
4.7. Bibliografía de referencia	97

PRESENTACION

UNICEF tiene entre sus prioridades estratégicas en España contribuir a los esfuerzos de las administraciones públicas para garantizar el derecho de todos los niños niñas y adolescentes a vivir una vida libre de violencia, en familia, y a acceder a servicios de protección que garanticen sus derechos sin ningún tipo de discriminación.

La garantía del derecho a vivir en familia está estrechamente ligada con el derecho a vivir sin violencia. Y en ambos casos los servicios sociales y de protección de la infancia tienen un papel especialmente relevante. Las vivencias de abusos, negligencia y violencia dan lugar a situaciones de desprotección, que si no son corregidas conducen a la separación familiar. La Convención sobre los Derechos del Niño de 1.989 establece la obligación de los Estados Parte de apoyar a los padres en sus tareas de crianza, así como de velar por que los niños no sean separados de sus padres a no ser que la separación se determine por su interés superior.

Cuando un niño pierde el cuidado familiar y no es posible ofrecerle un cuidado alternativo en familia, es el sistema de acogimiento residencial quien tiene que velar por que disfrute de todos sus derechos y oportunidades en igualdad de condiciones que el resto de los niños y niñas. Y así enfrenta la tarea de proporcionar un entorno familiar, recursos suficientes y profesionales capacitados a los niños, niñas y adolescentes que acoge. Evidencias sólidas confirman los impactos negativos de la institucionalización sobre el bienestar y el desarrollo personal, cognitivo y fisiológico en la infancia.

La **Estrategia Estatal para un nuevo modelo de cuidados basados en la comunidad: un proceso de desinstitucionalización 2024-2030** recoge los compromisos europeos asumidos por España para transitar hacia un modelo de cuidados centrados en la persona y garante de derechos. Y continúa el proceso de actualización de los modelos de intervención -iniciado hace unos años- basados en evidencia y en el enfoque de derechos del niño.

La Guía técnica que se presenta aquí es la continuidad de un trabajo que UNICEF inició en el año 2017, cuando se propuso generar un mayor conocimiento sobre [la situación del acogimiento residencial y familiar](#) e impulsar la actualización del [modelo de intervención](#). Producto de los aprendizajes acumulados en el camino, esta guía describe una hoja de ruta para construir entornos seguros y protectores en los hogares e incorporar un enfoque basado en la teoría del vínculo y la psicología del trauma.

Pero para consolidar este cambio es imprescindible que los elementos del nuevo modelo se reflejen en todos y cada uno de los instrumentos de gestión del sistema. Desde los procesos de formación, contratación y gestión de recursos conveniados hasta los relativos al cuidado de los profesionales y la asignación de recursos. Y por encima de todo, el compromiso institucional, sin el que no se podrá garantizar la implementación del modelo ni su sostenibilidad.

Esperamos así que esta guía pueda contribuir al proceso de desinstitucionalización del modelo de cuidado, reforzando la capacidad de las administraciones públicas competentes e inspirando a los profesionales que cada día atienden, cuidan y protegen a los niños y niñas en acogimiento residencial.

El momento es ahora. Los compromisos asumidos por España reflejados en la legislación y en la Estrategia de desinstitucionalización tienen que materializarse en cambios reales en la vida de la infancia y adolescencia en desprotección.



1

El cambio de modelo técnico de intervención

1.1. ¿Por qué un cambio de modelo?

Cualquier ámbito de conocimiento evoluciona a través de la investigación, y la psicología y la intervención social no son ni deben ser excepción. El avance de conocimiento de la psicología, la psiquiatría y la neurociencia ha producido un cambio significativo en la comprensión del origen de la conducta del ser humano, así como de las condiciones para su abordaje. Un cambio que tiene implicaciones directas en el ámbito de la intervención educativa y social, especialmente en el ámbito de la psicología del trauma. Sin embargo, **este avance del conocimiento científico apenas ha sido trasladado a la formación inicial de los profesionales del ámbito social y educativo ni a los sistemas de trabajo de las instituciones donde luego desarrollan su trabajo.** No sólo se trata del sistema de protección a la infancia y adolescencia en este caso, sino de todos los profesionales que asumen roles educativos y de cuidado con personas en situación de especial vulnerabilidad o con historia de trauma y daño afectivo. Conceptos técnicos claves hoy en día como apego, trauma complejo, disociación, internalización o afectividad consciente siguen muy a menudo fuera de los modelos de intervención.

Si vamos al sistema de protección a la infancia y adolescencia, se puede comprobar cómo estos conceptos apenas aparecen en los proyectos educativos de los centros, en los informes de seguimiento y valoración de los niños, niñas y adolescentes realizados por los técnicos referentes o en la intervención psicoterapéutica que se realiza con ellos. Sin embargo, conceptos como conducta, hábitos, oposición o trastornos de conducta siguen siendo de uso generalizado en las argumentaciones que definen y justifican las intervenciones.

Cuando los equipos educativos y técnicos argumentan que hacen las cosas "como siempre se han hecho aquí" demuestran su **dificultad para actualizarse técnicamente.** Una dificultad que en cualquier otro ámbito profesional sería motivo de cuestionamiento de la calidad de la práctica profesional, suele ser argumento habitual en la intervención social y educativa. La formación continuada y la actualización técnica es una condición indispensable para el desarrollo de un trabajo de calidad. Pero requiere de una actitud de apertura, de revisión técnica de su práctica cotidiana y de los modelos de trabajo por parte del propio sistema y sus equipos profesionales.

Además, el sistema de protección a la infancia y adolescencia presenta un problema específico de compartmentalización en su intervención que agudiza las consecuencias de esa falta de actualización técnica. Los procesos de toma de decisiones se llevan a cabo de forma diferenciada en función del profesional o unidad que intervenga, sin poner al niño, niña o adolescente en el centro de la intervención, y mucho menos a su familia. Técnicos de protección responsables de los casos que deciden desde diferentes criterios entre las unidades de acogimiento residencial o familiar y diferentes a su vez del criterio de los equipos educativos que intervienen en los centros de acogimiento residencial o de los psicoterapeutas que están atendiendo a ese niño, niña o adolescente. Y esta falta de coordinación se vuelve un problema más agudo aún cuando se trata de los agentes de fuera del sistema, como los centros educativos o los centros de salud. Por lo tanto, la intervención que se realiza no sólo adolece de falta de actualización técnica sino de una compartmentalización técnica y hasta logística.

Por lo tanto, **mantener y defender modelos de trabajo e intervención obsoletos es una forma de negligencia profesional**. Así mismo, que las instituciones permitan un modelo de intervención que adolece de falta de rigor y actualización técnica es una forma de **negligencia institucional**. Conviene recordar que el marco legal vigente establece que las instituciones tienen la responsabilidad de garantizar la protección y desarrollo pleno de los niños, niñas y adolescentes que están a su cargo. El cambio de modelo es, por lo tanto, una obligación legal, además de ética y de coherencia técnica y profesional.



1.2. Pilares del modelo: el vínculo y el trauma

En el capítulo cuarto de esta guía se recoge la sistematización del proceso inicial de formación que da lugar a este proceso de cambio organizacional, llamado “La mirada consciente”. Ahí se desarrolla su base técnica. Pero en esta introducción conviene exponer brevemente las claves técnicas.

El objetivo del proceso de cambio organizacional es **transformar un modelo de intervención desde la modificación de conducta en un modelo de intervención basado en el enfoque de derechos del niño, la psicología del vínculo y la psicología del trauma**. Por lo tanto, los dos pilares técnicos del proceso de cambio son el vínculo y el trauma. Y ambos pilares tienen como objetivo **lograr que los centros de acogimiento residencial sean entornos seguros y protectores** que garanticen la reparación del daño con el que llegan los niños, niñas y adolescentes y su desarrollo pleno, tal y como se establece en el marco legal vigente que regula el sistema de protección a la infancia y adolescencia (LOPIVI).

Un entorno seguro y protector es un entorno donde **se respetan los derechos de las personas** que viven en él, tanto las personas adultas como los niños, niñas y adolescentes, se generan **las condiciones que hagan imposible la vulneración de sus derechos y especialmente cualquier forma de violencia**, y hace posible las condiciones de seguridad física y emocional que permiten el desarrollo de la autonomía y la reparación del daño emocional de cada niño, niña y adolescente.

Se trata de un espacio donde **la intervención es individualizada**, ajustada a la historia de vida de cada niño, niña o adolescente; en la que se incorpora en la intervención a su familia, tanto la biológica como la acogedora o adoptiva en caso de existir, como no puede ser de otro modo dado que es el núcleo de pertenencia primario del niño que configura los modelos vinculares que luego se han de trabajar en el centro.

Un entorno donde **la calidez es la pauta que debe presidir el entorno físico en sí mismo y las relaciones que se establecen dentro de él**. La afectividad consciente es la competencia profesional que permite a los equipos educativos generar los entornos seguros y protectores, por lo que la afectividad se convierte en una competencia consciente y obligatoria para los equipos profesionales, y la relación cotidiana el vehículo básico de su trabajo. Un entorno donde las comidas, los cuentos antes de dormir, los trayectos al colegio o los deberes son oportunidades para reparar el daño afectivo y promover la autonomía.

Un entorno donde una **normativa clara y común establece los límites protectores sin los que es imposible un entorno seguro y protector**. Y un entorno donde se entiende siempre la conducta como manifestación del daño que tiene la persona, y las situaciones de crisis se abordan desde los límites protectores y la comprensión del daño que las produce. Un entorno donde los equipos técnicos entienden que el daño que traen los niños, niñas y adolescentes incluye historias de trauma más o menos complejas que les han llevado a generar mecanismos disociativos que se van a manifestar en conductas que pueden resultar desadaptativas pero que les permiten sobrevivir. Son conductas que no realizan intencionalmente ni pueden controlar inicialmente y sólo conforme vayan sintiéndose seguros se irán reduciendo y permitiendo su integración social y afectiva.



Un entorno en el que se priorice el **trabajo en equipo** y la coherencia en la intervención por parte de todas las personas que atienden y cuidan a los niños, niñas y adolescentes con historias de sufrimiento tan severo. Y se haga tanto con los otros agentes del sistema de protección a la infancia y adolescencia como con los agentes externos al mismo. En la intervención con niños, niñas y adolescentes con historias de trauma, “**todos nos necesitamos a todos**”.

Y un entorno que genere y **sistematicice espacios de supervisión, auto revisión y autocuidado para los equipos** que atienden a niños, niñas y adolescentes con historias de trauma, aspectos fundamentales para prevenir el desgaste emocional. Ese desgaste genera mecanismos disociativos en los equipos que acaban plasmándose bien en la frialdad y distancia emocional o bien en una implicación excesiva en la intervención.

La mirada consciente persigue provocar un **proceso de conciencia** que permita a los equipos técnicos generar ese entorno seguro y protector que la legislación marca como obligatorio. Conciencia sobre sus propios procesos internos que surgen en la relación afectiva que establecen con los niños y niñas que traen un daño tan profundo y los ponen a prueba casi a diario. Conciencia sobre el dolor y el terror que se esconde detrás de la conducta de cada uno de esos niños, niñas y adolescentes, sobre su historia de vida e incluso sobre los indicadores de disociación corporales que hacen visible la profundidad de ese daño. Y por último, pero no menos importante, conciencia sobre el entorno como parte de esa intervención, sobre los mensajes que trasmitten las paredes con pintadas, las puertas o cristales rotos, los calendarios de hace cincuenta años o las sábanas roídas.

1.3. Un proceso institucional del que nadie debe quedar fuera: personal de noche, mantenimiento y cocina, técnicos referentes, escuelas y familias

En un centro de acogimiento residencial, la intervención educativa no se desarrolla sólo en una tutoría con un niño, niña o adolescente o en la sesión de psicoterapia a la que asistirá con suerte una vez a la semana. Es una **intervención continuada que se realiza a través del cuidado cotidiano y de las relaciones humanas que se establecen**. Se realiza al levantarle, al hacerle el bocadillo, en cada comida, en las salidas, llevándole o recogiéndole del cole o del entrenamiento, en las excursiones, en los deberes... en toda su vida. **El centro es su hogar**, vive allí. Por lo tanto, una de las claves de este cambio de modelo es entender que la intervención con el niño, niña o adolescente la realiza todo el personal que trabaja en el centro. Y se realiza durante las veinticuatro horas cada día de su vida. Cuando un auxiliar de noche acude a consolar y abrazar a un niño que se despierta en mitad de la noche con una pesadilla, lo que le diga, el que sea capaz de tranquilizarlo y consolarlo marcará a ese niño. Es la diferencia entre dejarle llorar solo porque el profesional está en el piso de abajo durmiendo y no le escucha a que acuda, le abrace, le consuele, le escuche y le diga que está a salvo. Y podrá hacerlo de forma adecuada si tiene la información necesaria sobre la historia de vida de ese niño, si sabe si ha ido a psicoterapia ese día o si su madre no se ha presentado a la visita a la que había prometido acudir, si su madre acaba de salir de la cárcel, etc. Y toda esa información no podrá tenerla si no es incorporado a las reuniones de equipo como un profesional más independientemente de su titulación o de que trabaje de noche o en fin de semana. Su mensaje ante esa pesadilla ha de ser el mismo y realizado con la misma calidez que el que dé la educadora al día siguiente haciendo los deberes. De hecho, debe ser aún más cálido porque los fantasmas y los monstruos aparecen por las noches y a la mañana siguiente el terror ya ha pasado. Por lo tanto, el personal de noche es esencial en la intervención que se realiza en acogimiento residencial, como lo son los padres y madres en una familia cuando un niño se despierta con una pesadilla.

Del mismo modo, cualquier profesional que haya trabajado en un centro sabe de sobra que el personal de cocina puede llegar y de hecho llega a menudo a establecer vínculos con los niños, niñas y adolescentes de un gran calado precisamente por el rol que cumplen de cuidado con ellos. El cocinarles o darles la comida que más les gusta, el tener un detalle en el desayuno el día de su cumpleaños genera en ellos la sensación de ser vistos, ser tenidos en cuenta y ser cuidados con presencia, conciencia y afecto.

Exactamente las claves que se persiguen instaurar como claves de intervención en los centros en este cambio de modelo. Por lo tanto, pensar que se puede realizar el proceso de transformación sin incluir al personal de cocina y mantenimiento es justamente no entender dicho proceso.

Y un último ejemplo clave son los conductores que llevan a los niños, niñas y adolescentes desde sus casas o sus colegios al centro el día que se asume su tutela. Ese profesional forma parte de

uno de los peores días de sus vidas, con una carga potencialmente traumática. El que el conductor sea capaz de realizar su trabajo con conciencia y afectividad puede marcar que llegue o no a ser una vivencia traumática.

Por lo tanto, **este proceso de transformación organizacional no es un proceso que incumba sólo al equipo educativo**, a coordinación, a dirección de centros y a los técnicos referentes de los casos. Desde las mismas sesiones iniciales de formación **se debe incorporar al equipo en su totalidad, incluyendo al personal de noche, el de cocina, el de mantenimiento**. Y luego será necesario realizar una labor didáctica para hacer llegar ese cambio de modelo a todos los profesionales que trabajan con cada uno de los niños, niñas y adolescentes fuera del centro, fundamentalmente a los técnicos referentes, los psicoterapeutas y los centros educativos.

Significa ver al equipo profesional como un equipo global que debe funcionar de forma coordinada, teniendo claros los objetivos que se persiguen en la intervención con cada niño. Para que cada palabra tenga sentido y unidad, y que las diferentes acciones definidas por los distintos profesionales adquieran coherencia. Porque recordemos que son equipos que incluyen no sólo diferentes roles, titulaciones y formaciones sino equipos que trabajan por turnos con un tiempo muy limitado para poder encontrarse en su totalidad.

Lograr la coordinación eficaz de todo el equipo -incluyendo a todos los profesionales tanto dentro como fuera del centro- es una de las cuestiones más difíciles de lograr en este proceso de transformación organizacional.

Y como se verá más adelante, en esa visión de equipo que trabaja de forma unida para garantizar la reparación del daño que trae ese niño, niña o adolescente posibilitando su desarrollo pleno, a los profesionales no les quedará otra que incorporar en ese proceso a las familias, tanto biológicas como acogedoras o adoptivas.



1.4. El liderazgo institucional y técnico

Este proceso de cambio no es una intervención puntual. Ningún proceso de cambio organizacional lo es. Por lo tanto, no se trata de dar una serie de sesiones de formación, ése es sólo uno de los elementos del proceso de cambio. **El cambio será real cuando esté incorporado a las pautas de funcionamiento cotidiano de los centros de acogimiento residencial, cuando la convivencia en los mismos se haya transformado y cuando el modelo sea una vivencia que cada nuevo niño, niña o adolescente que llegue al centro pueda percibir en el propio aire que respire.** Y cuando cada nuevo profesional pueda incorporarse a un sistema de trabajo cuyos instrumentos estén sistematizados de forma que pueda comprender el sentido que subyace a cada actuación cotidiana, percibiendo el hilo que las une y que va más allá del profesional que esté, el turno que sea o la edad que tengan los niños y niñas del centro. Para lograr un cambio organizacional de esta dimensión es necesario un liderazgo consistente. Y un liderazgo de dos tipos: institucional y técnico.

El proceso de cambio organizacional nunca se hará efectivo si no viene avalado por un compromiso institucional veraz y legítimo. Es necesario un liderazgo institucional que legitime el proceso, que lo presente ante los equipos como un proceso de transformación asumido institucionalmente como un elemento de rigor y calidad. En el acogimiento residencial, ese liderazgo institucional lo deben asumir las Comunidades Autónomas.

La claridad de ese **liderazgo institucional** se transmite en varios elementos clave:

- La dotación presupuestaria necesaria para implementar todas las medidas que requiere el proceso de cambio. La dotación presupuestaria adecuada es una de las pruebas más claras de la legitimidad y veracidad del compromiso institucional.
- El cumplimiento de las condiciones habilitantes del proceso en todo lo referente a políticas de recursos humanos: reglamentos institucionales, delimitación de las condiciones de los concursos, convenios y convocatorias, titulaciones profesionales, bolsas de sustitución, políticas salariales, horarios de trabajo etc.
- La cobertura del proceso de formación y actualización técnica como un elemento de cuidado a los equipos educativos. Por lo tanto, se debe establecer la obligatoriedad de las sesiones, pero que se realicen dentro del horario laboral.
- La presencia institucional legitimadora del proceso en el comienzo de las sesiones y en aquellos casos en los que los equipos se muestran reticentes a asumir el mismo.
- El nombramiento de una figura coordinadora del proceso a nivel institucional que pueda coordinarse con los responsables técnicos del mismo en cada uno de los centros en los que el proceso se desarrolle, además de con los formadores externos que desarrollen las sesiones. De esta forma, se garantiza un seguimiento real del proceso sin que se convierta en una tarea más que cae sobre la jefatura de servicio o la dirección general, entre otras, cuyas agendas están ya de por sí al límite.

Pero tampoco será un proceso de cambio eficaz si no se garantiza la presencia de un liderazgo técnico en el funcionamiento cotidiano del centro. Ese liderazgo técnico lo deben asumir los directores o coordinadores de los centros de acogimiento residencial, con el apoyo del psicólogo o psicóloga del centro o del educador o educadora referente, en el caso de existir estas figuras. Este rol es nuclear para garantizar la implementación real del proceso de cambio. Si se entiende que el cambio se limita a impartir las sesiones de formación iniciales, el cambio no se producirá. Es necesario que quienes asumen las funciones de coordinación del centro plasmen este **liderazgo técnico** en las siguientes tareas:

- La sistematización de todos los instrumentos de trabajo cotidiano del centro, incorporando en ellos los cambios requeridos. Se trata de la normativa del centro, el reglamento de régimen interno, los informes técnicos de los niños, niñas y adolescentes, los sistemas de registro del funcionamiento diario y los procesos de evaluación que se realicen con el equipo educativo y con los propios niños y niñas. Y se trata también de todos los protocolos y procedimientos de intervención (protocolo de acogida, salida, intervención en crisis...), de forma que al final todos los instrumentos de trabajo estén ajustados y sean coherentes con el modelo de intervención.
- La supervisión de la intervención cotidiana del centro de forma que se garantice que se realiza de acuerdo con el cambio de modelo y con las pautas incluidas en los documentos previamente mencionados. Esta supervisión ha de incluir tres aspectos diferenciados:
 - El abordaje de las dificultades del equipo como tal, su funcionamiento y las dinámicas del centro.
 - La supervisión de dificultades concretas que puedan surgir con un niño, niña o adolescente.
 - El cuidado del entorno del centro de forma que se garantice que el centro es un entorno seguro y protector, tanto a nivel físico como emocional.
- Incorporar a los procesos de inducción e incorporación de personal nuevo todos los elementos necesarios para que puedan comprender el significado del cambio de modelo, realizando un acompañamiento a estos profesionales durante sus primeras semanas de trabajo. Estos procesos de acompañamiento a los nuevos profesionales también deben estar sistematizados, para que cualquier profesional nuevo pueda integrar la metodología de intervención. Esto implica sistematizar sesiones de formación iniciales pero también sesiones de supervisión posteriores al proceso inicial que sirvan de recordatorio.

Las sesiones de formación que se presentan sistematizadas en este documento no son ni más ni menos que la oportunidad para provocar la toma de conciencia inicial sobre la necesidad del cambio de modelo de intervención técnica en los centros y su verdadero significado. Pero los centros son espacios de intervención continuada durante veinticuatro horas al día, semana a semana, año a año. Espacios de intervención con una alta rotación de equipos técnicos y con entradas y salidas constantes de niños, niñas y adolescentes. Todo ello supone un reto enorme para la sostenibilidad de un cambio de modelo que, al menos por ahora, no ha sido incorporado a la formación inicial de los profesionales, por lo que ha de ser logrado cuando ya se está ejerciendo la práctica profesional. Y esa práctica significan vidas de niños, niñas y adolescentes que pasan una parte de sus vidas, en ocasiones extremadamente larga, en los centros de acogimiento residencial.

2

Las condiciones que hacen posible la transformación

2.1. Las condiciones habilitantes del proceso de cambio organizacional

El proceso de cambio organizacional que se plantea para los programas de acogimiento residencial requiere de una serie de condiciones habilitantes previas para lograr su implementación eficaz. Son estas medidas las que garantizarán su implementación más allá de la rotación de equipos, del cambio en las estructuras técnicas y de coordinación y de la diferencia en la tipología de centros.

En estas medidas se concreta el liderazgo institucional previamente mencionado. Sólo cuando la institución responsable asume las medidas que se describen en este apartado, demuestra más allá de las buenas intenciones su compromiso con el proceso de transformación organizacional. **Son estas medidas las que garantizan la eficacia y eficiencia del proceso**, convirtiéndolo en política institucional definida desde la legislación vigente y las obligaciones de la institución como garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes que tiene a su cargo.

2.1.1. Garantizar políticas de recursos humanos coherentes con el modelo propuesto

La primera condición habilitante de este proceso es lograr una mayor estabilidad de los equipos técnicos y educativos, junto con la mejora de su preparación y un cuidado institucional adecuado. Esta condición incluye varias medidas específicas:

- **Revisión y mejora de los procesos de selección**, teniendo en cuenta varios aspectos:

- las titulaciones de los profesionales acordes con la formación necesaria para cada puesto de trabajo
- la delimitación de un código de conducta que se incorpore a las políticas contractuales donde se recojan las medidas de protección integral
- la actualización técnica de los temarios de oposiciones donde se incluyan las temáticas relativas a la psicología del vínculo y la psicología del trauma
- la revisión de las convocatorias, contratos de servicios en los que se incluyan estas condiciones para la selección del personal que va a ser contratado dentro de cada recurso.

- **Revisión y mejora de los procesos de formación y actualización técnica de los equipos.**

Esta formación debe:

- Incluir en los procesos de formación que existen dentro del sistema de protección todos los elementos técnicos del enfoque de derechos, la psicología del vínculo, la psicología del trauma.
- Incorporar espacios de elaboración de la historia personal y de trabajo corporal dentro de esos procesos de formación. La formación necesaria para estos roles profesionales no es sólo una formación técnica que les enseñe a comprender el daño afectivo que traen los niños, niñas y adolescentes con los que trabajan, su historia de vida, sus modelos afectivos y sus mecanismos disociativos. Debe ser también una formación que les permita integrar su propia historia de vida, comprender cómo esa historia va a condicionar su capacidad de acompañar a los niños y niñas, y cómo desarrollar la afectividad consciente como competencia profesional. Los roles de cuidado y educativos se desarrollan a través de la relación interpersonal y en esa relación las y los profesionales deben ser capaces de mantener un doble nivel de conciencia: sobre el proceso que subyace a la conducta del niño, niña y adolescente y sobre el proceso interno que les provoca dicha conducta y que va a condicionar su respuesta a la misma.
- Incorporar la supervisión técnica de los equipos como una condición habilitante en el desarrollo de cualquier recurso. Por muy adecuada que sea la formación inicial de los profesionales, es necesario contar con un espacio de supervisión técnica. Esta supervisión debe ser en dos niveles. Por un lado, contando con la figura del psicólogo o psicóloga en el centro, cuya función sería acompañar al equipo educativo del centro y ayudarles a enfocar adecuadamente la intervención ajustándola al modelo. A través de esta figura se pueden abordar las dificultades que surgen en la intervención con un niño, niña o adolescente determinado, así como las situaciones de crisis que surgen de forma regular en el centro. Pero se ha de complementar con una supervisión externa para las problemáticas del equipo puesto que el psicólogo no deja de ser parte del equipo y la mirada externa permite el abordaje de las cuestiones del equipo.

● **Políticas de cuidado institucional a los equipos.** Más allá de que cada profesional de forma individual pueda y deba buscar sus espacios de auto cuidado personal, una de las condiciones habilitantes del proceso de cambio organizacional donde más claramente se va a medir el liderazgo institucional del mismo son las políticas de cuidado de los equipos. Estas políticas deben incluir aspectos como:

- Condiciones de horarios laborales y conciliación de la vida familiar y laboral.
- Condiciones y motivos que justifiquen los permisos y las bajas, que incluyan cuestiones emocionales, situaciones que puedan darse en el centro, situaciones de la vida personal de las y los profesionales etc. No pueden ser las mismas condiciones que las contempladas para un trabajo administrativo o de gestión.
- Condiciones para los procesos de promoción interna y rotación de funciones dentro de los equipos. En este sentido es necesario poner conciencia en cómo se determina el rol de la figura de coordinación.

● **Organización adecuada de los turnos de trabajo y mejora de las condiciones del turno de noche:**

Uno de los problemas estructurales común a todo el sistema de protección es la cobertura de turnos que permitan atender a los niños, niñas y adolescentes durante 24 horas, festivos incluidos. Para ello, en cada centro se gestionan los turnos de trabajo de forma diferente y suele ser uno de los motivos de conflicto laboral más frecuentes dentro de los equipos. Por lo tanto, una organización de turnos adecuada realizada de forma participativa con las y los profesionales es una condición habilitante para la implementación de este proceso de cambio organizacional. Esta organización y revisión de los turnos de trabajo ha de conjugar por un lado las necesidades y conciliación familiar de los trabajadores sin perjuicio de las necesidades de los niños, niñas y adolescentes, teniendo en cuenta aspectos de presencia, disponibilidad y predictibilidad que generan la seguridad emocional necesaria en cada niño, que así puede saber cuándo están disponibles sus referentes. No son defendibles los turnos de trabajo con jornadas intensivas, en los que luego las y los educadores desaparecen durante dos o tres días de forma continuada, dificultando la vinculación con los niños. Pero no sólo eso, turnos de trabajo de 12-15 horas hacen imposible el proceso de conciencia necesario para sostener el dolor de niños, niñas y adolescentes con historias de trauma por puro agotamiento del profesional. Y pueden y deben considerarse negligencia institucional.

Desde la perspectiva tanto de la prevención y el cuidado de los equipos educativos como de las necesidades de los niños, niñas y adolescentes, estos turnos resultan indefendibles.

Existe un problema específico con la organización de los turnos de noche que están atendidos por un solo profesional y con una cualificación profesional diferente del resto del equipo educativo. Una de las condiciones esenciales en este proceso de cambio organizacional es comprender la importancia de los turnos de noche y cómo es necesario al menos dos personas para atenderlos de forma adecuada impidiendo una situación de riesgo y desprotección que el sistema está asumiendo de facto a día de hoy. Imaginemos que un niño enferma y es necesario llevarle al hospital y el profesional está solo. Imaginemos que el centro se estructura en dos pisos y cuando el profesional está en el piso de abajo es imposible que pueda vigilar lo que ocurre en el piso de arriba.

Imaginemos que uno de los niños se despierta con una pesadilla y al atenderle deja de poder acompañar el miedo de otros tres más que se despiertan asustados por los gritos del primer niño. El turno de noche requiere una dotación de recursos humanos superior a la que se contempla actualmente. Y además es necesario incorporar a los profesionales de los turnos de noche al funcionamiento del equipo, a las reuniones y coordinaciones con lo que comporta de ajustes de horarios pertinentes. Desde este cambio de modelo es inaceptable pensar que los niños, niñas y adolescentes en un centro por la noche “sólo duermen” cuando sabemos todos los indicadores somáticos y conductuales de trauma que aparecen por las noches y deben ser atendidos.

Del mismo modo, no cabe plantearse que las y los profesionales del turno de noche puedan dormir durante el mismo ni invertir recursos económicos en comprarles una cama para dormir. Los profesionales del turno de noche en este modelo de intervención no están durmiendo sino velando pesadillas.



2.1.2. Adjudicar los recursos económicos suficientes para garantizar la viabilidad del proceso de cambio organizacional

Todas las medidas contempladas en este proceso de cambio organizacional conllevan una dotación presupuestaria. Aunque en este aspecto es interesante destacar que la inversión es mínima en comparación con otras partidas presupuestarias del sistema de protección. El proceso de cambio organizacional que se plantea tiene mucho más que ver con generar la conciencia y con organizar de un modo diferente los recursos ya existentes. No se trata de generar recursos nuevos. Se trata de una reorganización de los recursos desde un enfoque de derechos del niño y la actualización técnica del modelo de intervención. Pero hay tres aspectos clave en que la cuestión de la dotación presupuestaria surgirá como una demanda clave de liderazgo institucional.

- **El cumplimiento de las medidas ya acordadas y asumidas en el acuerdo interinstitucional para de las Comunidades Autónomas para el 2030** en cuanto a:
 - Los ratios de las unidades de convivencia que se establecieron en 8 niños, niñas y adolescentes por unidad en los que al menos debe haber dos educadores por grupo, añadiendo algún apoyo adicional si la problemática de los niños, niñas y adolescentes es muy alta.
 - El tamaño de los centros que no pueden superar los 20 niños, niñas y adolescentes.
 - Que no residan niños y niñas menores de 3 años (y en la medida de lo posible hasta los 6 años) en recursos de acogimiento residencial. En estos momentos son más de 1.200 niños y niñas de estas edades los que viven en centros de acogimiento residencial en España. Estas medidas conllevan el cierre o reforma de infraestructuras existentes en varias Comunidades Autónomas.
- Es necesaria una **inversión para garantizar las condiciones de los centros como entornos seguros y protectores a nivel físico y emocional**. Se trata de:
 - Cambios de ubicación cuando están situados fuera de los núcleos urbanos y en condiciones de gran aislamiento.
 - Mejorar el mantenimiento físico de los centros, arreglando por ejemplo las puertas y ventanas rotas, las paredes desconchadas, los peldaños de las escaleras rotos, entre otros.
 - Actualizar los sistemas de calefacción y aire acondicionado para que los niños, niñas y adolescentes no pasen frío en invierno.
 - Dotar de mobiliario adecuado a los centros eliminando mesas, sillas y armarios viejos y dotando los centros de mobiliario adaptado a las necesidades reales de sus usuarios, es decir, de los niños, niñas y adolescentes.
 - Cambiar las sábanas y mantas viejas por edredones en condiciones.
 - Crear espacios polivalentes que permitan a los niños, niñas y adolescentes realizar actividades de psicomotricidad emocional que favorezcan su proceso de reparación emocional.
- La dotación de **recursos humanos que permita ampliar la dotación del turno de noche** en los centros de acogimiento residencial a al menos dos profesionales por turno.

2.1.3. Garantizar la implementación del proceso de cambio organizacional

El proceso de cambio organizacional en sí mismo conlleva una serie de medidas habilitantes. Además de desarrollar las sesiones de formación contempladas en el capítulo tercero, es necesario:

- Realizar **sesiones de seguimiento técnico** durante los dos años siguientes a la implementación de las sesiones iniciales y plantear, si es necesario en función de las carencias de formación identificadas en el equipo con el que se está trabajando, **continuar el proceso formativo iniciado** con otro tipo de formaciones específicas que permitan trabajar los diferentes elementos técnicos del cambio de modelo.
- **Garantizar la supervisión técnica de los equipos educativos** de los centros de acogimiento residencial con dos medidas:
 - A) Incluir la figura de un psicólogo o psicóloga en cada centro de acogimiento residencial cuya función será supervisar y acompañar la intervención cotidiana del equipo con los niños, niñas y adolescentes y garantizar que ésta sea acorde con lo establecido en el modelo que se pretende implementar. Su supervisión continuada es la que garantiza la implementación real del modelo. Esa supervisión la realizará no realizando psicoterapia con los niños sino a través de su participación en las reuniones de equipo, el acompañamiento de la práctica cotidiana, y el trabajo de algunas temáticas en formato grupal con los niños, niñas y adolescentes en caso de que el equipo lo considere necesario.
 - B) Introducir la supervisión externa como condición obligatoria en los pliegos de contratación y en los acuerdos y convenios con entidades. De esta forma, cada equipo debe contar con sesiones mensuales de supervisión técnica externa.

2.1.4. Convertir el proceso de cambio organizacional en política institucional

Uno de los mayores riesgos de este tipo de procesos de cambio organizacional es que si no se asumen de forma institucional, la gran rotación de equipos humanos, técnicos y de gestión característica del sistema de protección a la infancia y adolescencia, haga que los avances logrados desaparezcan. Por ello, la institución responsable debe garantizar las siguientes condiciones habilitantes:

- **Sistematizar el cambio de modelo técnico en un programa marco común a todos los centros de acogimiento residencial existentes en su territorio**, tanto de gestión pública como conveniada. De esta forma, cualquier entidad que quiera gestionar un centro de acogimiento residencial, incluida la propia institución en sus centros de gestión pública, deba realizarla siguiendo el mismo modelo técnico. Ese programa marco debe guiar los pliegos de contratación, los convenios de colaboración y los mecanismos internos de evaluación de la gestión que desarrolla la institución.
- Incorporar el cambio de modelo técnico al **reglamento de funcionamiento común de todos los centros de acogimiento residencial existentes en su territorio**, tanto de gestión pública como conveniada. Este reglamento debe ser formulado con la concreción suficiente para delimitar desde las condiciones necesarias a nivel físico (espacios, ubicación, mobiliario..) hasta los aspectos emocionales, de forma que el centro pueda ser un entorno seguro y protector a nivel emocional también (luz, colores, calidez, espacios abiertos, etc.). Además debe desarrollar las pautas de funcionamiento de los equipos educativos acordes con el programa marco que recoge el modelo técnico. Y, por supuesto, debe contemplar la normativa común para todos los centros de acogimiento residencial en su territorio, de forma que las sanciones que se imponen no puedan generar condiciones de riesgo o desprotección para ningún niño, niña o adolescente, resida en el centro que resida.
- Incluir los elementos técnicos del modelo en **toda la documentación institucional**. Desde la concerniente a los procesos de contratación y gestión de recursos conveniados hasta los relativos a los procesos de selección de personal, promoción interna y evaluación de desempeño de los profesionales, comenzando con los propios temarios de las oposiciones a las plazas públicas.
- **Generar sistemas de trabajo y modelos (informes técnicos de seguimiento, expedientes de los niños, niñas y adolescentes, etc.) que sean acordes y recojan los elementos clave del nuevo modelo.** Específicamente es necesario modificar los modelos de informe técnico de forma que se incluyan específicamente todas las variables psicológicas y emocionales, más allá de las variables de salud, educativas o sociales. Variables como el trabajo sobre su historia de vida, la flexibilización de sus mecanismos disociativos -especialmente los corporales- o el trabajo de conciencia sobre sus modelos vinculares deben ser incorporados de forma expresa a los informes de seguimiento para ser adecuadamente visibilizados al analizar el proceso de un niño, niña o adolescente. No es posible que un informe recoja si se lava los dientes o no, o si ha aprobado o no el curso y no recoja que ha logrado hablar del miedo que le provoca el alcoholismo de su madre con el equipo educativo o que ya no se queda paralizado ante los ruidos inesperados, entre otros muchos.

2.2. Datos claves sobre el proceso de cambio organizacional

Una vez garantizadas las condiciones habilitantes, cuando se diseña la puesta en práctica del proceso de cambio organizacional, es necesario tener en cuenta algunos aspectos que tienen que ver con el proceso en sí mismo, variables que van a suceder a lo largo de su desarrollo y cuya incidencia puede ser reducida si se tienen en cuenta en la planificación del mismo.

2.2.1. Quienes y en qué orden deben participar en el proceso de cambio organizacional

Como se ha mencionado previamente, sin un liderazgo técnico e institucional claro, el proceso de cambio de modelo técnico no va a lograr sus objetivos. Por lo tanto, es necesario un trabajo previo con los actores que han de asumir el liderazgo técnico que no pueden vivir este proceso de cambio organizacional como una decisión impuesta, sino que deben comprender su significado y asumir su rol dentro del mismo. En concreto es necesario **realizar este primer proceso de sensibilización previo a la implementación del proceso de cambio** con:

- Los técnicos referentes de caso de cada Comunidad Autónoma, responsables finales del plan de caso que estructura la intervención del sistema de protección con cada niño, niña o adolescente. Si los técnicos referentes no conocen este proceso y empiezan a ver los cambios que introducen los equipos educativos en la intervención cotidiana pueden llegar a boicotear, prohibir o limitar la implementación de estos cambios.
- Los directores de todas las entidades que gestionan centros de acogimiento residencial conveniados. Aunque no estén presentes en la práctica cotidiana de los centros de acogimiento residencial, si no asumen el proceso de cambio organizacional decidido por la institución para la que desarrollan los proyectos, pueden llegar a boicotear el proceso de cambio organizacional por no asumirlo como propio y no asumir el liderazgo del mismo ante sus propios equipos humanos.
- Los coordinadores de los centros de acogimiento residencial, que van a ser quienes asuman al final el liderazgo técnico del proceso de cambio de modelo técnico, de forma conjunta con el psicólogo o psicóloga del centro o el educador o educadora referente, en el caso de existir dichas figuras.

Una vez que estos profesionales conozcan el proceso, comprendan el significado del cambio de modelo técnico y lo vean plasmado en el programa marco y el reglamento de centros, podrán ejercer el liderazgo técnico necesario ante los equipos educativos. Y ahí se pueden empezar a implementar las sesiones de formación de La Mirada Consciente. Si el equipo formador llega a realizar las sesiones y los equipos educativos no saben que la sesión iba a tener lugar ni el objetivo de la misma, parte del tiempo de las sesiones tendrá que emplearse en explicar al equipo

educativo el sentido de las mismas y se perderá eficacia y eficiencia en la implementación del proceso. Además de que cuando les surjan dudas o dificultades en el proceso, si no cuentan con un liderazgo técnico presente que las resuelva, se verán limitados a contactar una y otra vez con el equipo formador, cuya presencia es externa y limitada.

Cuando posteriormente se implementen las sesiones de formación, se incorporará a las mismas, como se ha mencionado en el capítulo primero, al equipo humano del centro de acogimiento residencial en su totalidad, incluyendo al personal del turno de noche y de fin de semana y al personal de cocina y mantenimiento.

2.2.2. Las dificultades derivadas de un proceso humano y que no es lineal

El proceso de cambio de modelo técnico **no es un proceso lineal**. No sucede de forma matemática porque es un proceso humano que se realiza con equipos humanos. Pero no sólo eso, son equipos que trabajan durante todo el día todos los días del año. El trabajo en los centros de acogimiento residencial tiene una exigencia afectiva enorme porque es continuado y se realiza sin descansos ni paradas más allá de los cambios de turno. Es un trabajo que se realiza en convivencia continuada, no sólo con los niños, niñas y adolescentes sino entre el propio equipo educativo. Por lo tanto, los aspectos emocionales pueden jugar un papel clave en el proceso de cambio organizacional. Y de hecho lo harán.



En este sentido, y fruto de la experiencia consolidada por la cantidad de centros de acogimiento residencial en los que ya se ha implementado este proceso, hay algunas variables que han de ser tenidas en cuenta en el diseño y planificación del mismo.

Para empezar, **el proceso no funcionará sin un liderazgo institucional y técnico claro**.

Repetimos esta variable esta vez considerada desde la perspectiva emocional y humana. El cambio de modelo técnico va a suponer un reto para los equipos educativos, sobre todo cuando llevan años funcionando desde otros modelos de intervención. Los profesionales pueden sentirse inseguros y tener miedo y necesitar una figura de seguridad. Seguridad que viene dada por su posición, pero sobre todo por su experiencia técnica y su capacidad de conocer al equipo, sus características y necesidades. Eso le proporcionará la capacidad para ser una figura empática que ejerza un liderazgo positivo al que el equipo educativo recurrirá cuando lo necesite.

En este sentido, hay **dificultades vinculadas a las condiciones de trabajo en los centros y los perfiles competenciales de los equipos**. Un trabajo de gran exigencia emocional por la convivencia continuada, como ya se ha mencionado, se da entre profesionales que no necesariamente han hecho un trabajo de integración de su propia historia de vida. En los perfiles técnicos que se requieren para estos puestos, las variables relativas al proceso de crecimiento personal e integración de la historia de vida no son ni contempladas ni medidas. Sin embargo, los equipos se van a ver confrontados de forma diaria a niños, niñas y adolescentes con historias de vida de un inmenso dolor, que demandarán de ellos una gran implicación emocional y que han aprendido, dentro de sus mecanismos disociativos de supervivencia, a mantener una gran activación y vigilancia de todo lo que sucede a su alrededor, incluido el estado emocional de las personas que los cuidan y los atienden. Si los profesionales no tienen una solidez emocional que les permita regular emocionalmente ante este nivel de demanda, y mantener la conciencia sobre sus propios estados emocionales y cómo sus reacciones ante las conductas de los niños, niñas y adolescentes están tan vinculadas al menos o más a su propia historia de vida que a la de ellos, será imposible implementar el cambio de modelo técnico. Y por supuesto si tienen problemas de salud mental no diagnosticados o si todo ese desgaste emocional que les produce el trabajo no es adecuadamente atendido, entonces su estado se agravará y no podrán sostener el dolor de los niños, niñas y adolescentes a los que acompañan. Y todo esto no está en los temarios de ninguna oposición. Pero tampoco está en las políticas de cuidado a los equipos humanos que mencionamos como condición habilitante de este proceso. Si la institución no establece medidas concretas para acompañar a los equipos y atender sus necesidades emocionales, estos procesos acabarán repercutiendo en un deterioro de la atención que brindan a los niños, niñas y adolescentes.

Pero es que además, ante la propuesta de cambio de modelo técnico, surgen **dificultades vinculadas a los miedos de los equipos educativos**. Estos miedos son comunes a los equipos de centros de diferente tipología y territorio, no son específicos de un tipo de centro o de un equipo concreto. Son miedos lógicos y naturales ante una propuesta de cambio de modelo de intervención que les supone un reto. Para muchos profesionales este reto se recibe como la legitimización de su enfoque de trabajo, de sus intuiciones, de la necesidad que llevan ya tiempo percibiendo de un cambio en la intervención. Pero para muchos otros profesionales este cambio de modelo se vive como un cuestionamiento a su trabajo, como un riesgo que les genera inseguridad y les obliga a salir de sus pautas de intervención previas. Decirle a un auxiliar de turno



de noche que está acostumbrado a acostarse en la cama del despacho cada noche que ya no puede dormir, o a todo el equipo que ya no pueden castigar con la comida a los niños, niñas o adolescentes (dejarles sin comer o sin postre) les deja en un lugar más complejo de manejar.

El modelo de intervención desde la modificación de conducta genera en los profesionales una “falsa seguridad” porque saben exactamente lo que tienen que hacer: los puntos que tienen que quitar o poner, la paga que han de dar o las salidas que pueden o no permitir. El cambio de modelo plantea una intervención individualizada ajustada a las necesidades de cada niño, niña o adolescente y que no se centra en la conducta del niño sino en su proceso. Una misma conducta en dos niños diferentes tiene significados distintos y en dos momentos diferentes de la vida de un niño ha de ser evaluada de forma diferente. Por lo tanto, el proceso de intervención es diferente para cada niño, niña o adolescente y el equipo va a tener que ser capaz de explicar al resto de los niños y niñas por qué a un niño se le permiten cosas que a otros no. Y se hace por su historia de vida, por su estado y sus necesidades.

Este cambio conlleva una dificultad concreta para manejar las situaciones de crisis, en las que se habrán de tomar medidas diferentes según el significado que haya detrás de esa crisis, diferenciando entre indicadores de disociación y conductas intencionales y entre pautas de

intervención educativa y una normativa protectora no negociable, como se describe en el desarrollo de la metodología de las sesiones.

Otro miedo que surge de forma repetida es cuando se trabaja la afectividad consciente como competencia profesional. Dentro de esta competencia y como elemento clave de la seguridad emocional que se ha de lograr en los niños, niñas y adolescentes surge la **necesidad de que el equipo sea capaz de mostrar el afecto de forma expresa**. Que sea capaz de convertir el afecto en una pauta de intervención cotidiana a través de la palabra, los hechos y el contacto físico. Deben poder abrazarles cuando se lo pidan, saludar y despedirse de cada niño, niña o adolescente cuando lleguen al centro y cuando acaben el turno, y de devolverles siempre con sus palabras mensajes de reconocimiento y de validación de sus emociones. Todo eso forma parte de la afectividad consciente como competencia profesional, pero muchos profesionales no están acostumbrados a utilizar el contacto físico no sólo en su trabajo sino tampoco en su vida personal, y les supone un problema. Y es un problema que genera un temor especial a los educadores varones por uno de los efectos dañinos que ha producido un enfoque erróneo del trabajo de protección que se ha realizado los últimos años en el que se ha equiparado la protección con eliminar el contacto físico y que señaliza a los educadores hombres como de mayor riesgo. Sin embargo, el contacto físico protector es una condición imprescindible del desarrollo pleno de un niño, niña o adolescente que no va a crecer sano sin contacto físico de sus figuras afectivas de referencia. Y cuando se vive en un centro de acogimiento residencial esas figuras son el equipo educativo no sus padres que no están a su lado y que puede que nunca lo hayan estado. Y por supuesto las situaciones de abuso no están vinculadas al género. Agreden hombres y mujeres a niños y niñas. Señalar a los educadores hombres es una problemática que deja a los niños, niñas y adolescentes sin referentes masculinos positivos, esenciales para reparar muchas de sus historias de vida justamente.

Y por último, pero no menos importante, se darán **dificultades en el proceso de cambio organizacional vinculadas a la historia de vida previa de los niños, niñas y adolescentes**. Cuando se trabaja con personas que vienen de contextos de violencia y maltrato o de negligencia extrema o abandono, cuando sus figuras referentes empiezan a manifestarles afecto de forma expresa y continuada, esto cuestiona su estructura de supervivencia y los modelos afectivos en los que fueron criados. Con el tiempo y a través de la relación con el equipo educativo irán flexibilizando sus modelos vinculares e incorporando otra forma de relacionarse. Pero este proceso de cambio en el modelo técnico de intervención puede producir dos efectos claros en la convivencia dentro del centro de acogimiento residencial. Por un lado, una disminución del nivel de conflictividad porque el equipo educativo empieza a manejar de una forma diferente las situaciones de crisis y es capaz de disminuirlas, con lo que la convivencia cotidiana se vuelve mucho más cercana, menos rígida y mucho más afectiva. Pero ante ese cambio, también durante un tiempo puede darse un incremento de las fugas porque algunos chicos y chicas no sostengan esa calidez, esa afectividad. Al cabo de un tiempo este efecto desaparece y los niños, niñas y adolescentes se acostumbran a una forma diferente de relación afectiva. Pero es necesario explicárselo al equipo educativo anticipadamente para que puedan preverlo y sobre todo que comprendan por qué sucede, de forma que reaccionen adecuadamente ante las fugas, manteniendo su presencia afectiva y su cuidado sin condicionarlo al comportamiento de los niños, niñas y adolescentes.

3

Claves específicas para implementar el modelo con determinados grupos poblacionales frecuentes en los centros de protección

Las historias de vida de los niños, niñas y adolescentes que viven en los centros de acogimiento residencial están llenas de un dolor difícilmente imaginable. Han experimentado multitud de experiencias traumáticas en su vida, empezando por la misma separación de sus familias y la entrada en el sistema de protección. Pero son historias de vida llenas también de fortaleza y resiliencia. Han sido capaces de afrontar ese dolor generando los mecanismos disociativos necesarios para ello. Pero no han sucumbido a él y desde ahí, el sistema puede suponer una oportunidad de vida para ellos si sabe actuar de forma adecuada.

Dentro de esas historias, hay algunas que se repiten con una frecuencia alta. No son perfiles de niños, niñas y adolescentes, como se describe erróneamente muchas veces, sino historias de vida compartidas, experiencias traumáticas similares, estructuras familiares con patologías y problemáticas similares. Esas historias cada niño, niña o adolescente las afrontará de un modo diferente. Por eso cada uno de ellos es único y la intervención que se realiza debe ser individualizada y adaptada a las necesidades de cada niño. En un centro de acogimiento residencial los “órdagos a la totalidad” o los “perfiles” no son reales. Sólo debe existir algo común: la normativa protectora que defina el entorno seguro y protector. Todo lo demás debe ser acompañamiento emocional y educativo individualizado. Se trata de optimizar los recursos que cada niño, niña o adolescente tiene pero partiendo de la comprensión de lo que determinadas historias de vida pueden llegar a suponer para cualquier persona que los atraviese.

En este apartado queremos visibilizar las necesidades específicas que han de ser tenidas en cuenta desde este modelo técnico cuando se trabaja con niños, niñas y adolescentes que comparten historias de vida similares que les han llevado a desarrollar mecanismos disociativos de supervivencia parecidos.

3.1. Niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso y explotación sexual

El abuso y la explotación sexual son una de las experiencias traumáticas más graves y que por tanto pueden tener consecuencias más graves en el desarrollo del niño, niña o adolescente. Y por desgracia forma parte de la historia de vida de un alto porcentaje de los niños del sistema de protección, bien porque lo hayan vivido antes de entrar en el sistema o bien porque tenga lugar una vez ya dentro. El abuso puede figurar en el expediente del niño, niña o adolescente, puede ser una de las causas que lleva a la asunción de la tutela. Pero en muchos casos no figura ni es conocido previamente a la entrada en el sistema de protección. Muchos niños, niñas y adolescentes narran las experiencias de abuso y explotación que han vivido cuando ya se sienten a salvo y seguros, por lo que la revelación de historias de abuso y explotación desconocidas previamente es una realidad que afrontan a menudo tanto los equipos educativos como las familias acogedoras o adoptivas.

Pero también ocurre que a veces los mecanismos disociativos que generan otras experiencias traumáticas y el daño en los modelos afectivos que traen estos niños les llevan a cosificarse e instrumentalizarse asumiendo conductas de hipersexualización y de riesgo que pueden llegar a producir nuevas experiencias de abuso y explotación. Por ejemplo, esto sucede mucho con niños, niñas y adolescentes con historias de abandono extremo. Además están aquellas vivencias que ocurren a veces dentro de los centros de acogimiento residencial cuando no se garantiza que el centro sea un entorno seguro y protector y el daño de uno de los chicos o chicas se plasmando en conductas de agresión sexual hacia sus compañeros o compañeras.

Por todo ello, la prevalencia del abuso y explotación sexual en las historias de vida de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección es más elevada que en la población general y su gravedad es suficientemente significativa para que sea abordada de forma específica. Porque además a los equipos educativos y técnicos les genera mucha angustia cuando ven cómo las y los adolescentes generan esas conductas que les colocan en riesgo de ser nuevamente victimizados o explotados por parte de las redes de trata y explotación sexual infantil.

Desde el modelo técnico que se plantea es necesario abordar varios aspectos concretos:

- Es necesario brindar formación a todos los equipos técnicos y educativos no sólo sobre los indicadores conductuales de sospecha de abuso y explotación sexual sino sobre **cómo sostener la revelación** del mismo que más temprano o más tarde tendrán que afrontar si realizan un trabajo de calidad. Si lo hacen, generarán relaciones afectivas que produzcan en los niños, niñas y adolescentes la seguridad emocional suficiente para nombrar su miedo y su terror. Y ahí el abuso surgirá y la reacción de quien recibe la revelación es uno de los factores clave de la integración de la experiencia traumática por parte del niño. Su reacción brindando seguridad, no sobrereaccionando, desculpabilizando al niño, niña o adolescente y dando veracidad a su relato es una clave que se ha de instaurar dentro de los equipos educativos.
- Si la historia de abuso y explotación es conocida, o una vez que ha surgido el relato de la misma, uno de los objetivos clave que se ha de incorporar en el plan de trabajo con esos niños, niñas y

adolescentes es el **trabajo sobre los indicadores corporales de trauma**. Es necesario introducir **metodologías y espacios de trabajo corporal** para que los niños, niñas y adolescentes puedan reconectar con sus sensaciones corporales. Esa conexión vendrá dañada o será inexistente, dependiendo de cuándo comenzó el abuso, y es imprescindible restaurarla para impedir la cosificación corporal, la instrumentalización sexual a la que les conducirá y que generará situaciones de riesgo de nuevas experiencias de abuso. Lograr recuperar esta conexión corporal es fundamental para cualquier niño, niña o adolescente del sistema de protección, pero en este caso es imprescindible.

- Una de las problemáticas que surgen a menudo en el trabajo de los equipos educativos con los niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de abuso y explotación sexual es que tienden a **temer el contacto físico** con ellos. Temen poder resultar invasivos, o que ese contacto físico pueda ser malinterpretado o despertar la memoria corporal del abuso. Por ello, tienden a dejar de abrazarles, de hacerles una caricia en el pelo o tumbarse a su lado cuando les cuentan el cuento antes de dormir, como pueden hacer con otros niños y niñas. Sin embargo, justamente una de las claves para lograr la reconexión corporal es el contacto físico con otras personas, un contacto protector y sin carga sexual alguna. Cuando se trabaja con niños, niñas y adolescentes con historias de abuso y explotación sexual es necesario un acompañamiento al equipo



educativo en esos espacios de supervisión por parte del psicólogo o psicóloga del centro para que puedan hacer consciente la inseguridad que esto les genera, cómo están situándose ante el contacto físico y cómo a veces las experiencias de los niños, niñas y adolescentes pueden cuestionar la vivencia de su propia sexualidad.

- Una de las claves del trabajo con niños, niñas y adolescentes con historias de abuso y explotación sexual infantil es **entender el abuso como una forma de violencia contra la infancia**, no como una forma de violencia de género. Es fundamental trabajar con los equipos técnicos y educativos para impedir la invisibilización de los niños varones víctimas de abuso y explotación sexual, para que puedan comprender que detrás de una agresión sexual cometida por un adolescente puede haber una historia de abuso no sanada y para que no limiten el abordaje educativo a las temáticas relacionadas con la igualdad. La educación afectivo sexual y la educación para la igualdad son herramientas imprescindibles en el abordaje técnico de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso y explotación sexual infantil, pero la clave es la experiencia traumática y la disociación que ha generado. Enseñar a los equipos técnicos y educativos a reconocer los indicadores de disociación, especialmente los corporales, es un elemento clave de la implementación de este modelo técnico.
- A menudo los equipos educativos piensan que carecen de la formación suficiente para abordar terapéuticamente el abuso y la explotación sexual y así es. El abordaje psicoterapéutico del abuso requiere una especialización que ni siquiera la titulación de psicología o psiquiatría garantiza. Es necesario una formación específica en psicología del trauma y un espacio específico externo al centro de acogimiento residencial. Un psicólogo o psicóloga que trabaje en un centro de acogimiento residencial no debe trabajar de forma psicoterapéutica con los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso y explotación. Pero al mismo tiempo los equipos educativos han de entender que la intervención psicoterapéutica sobre el abuso o la explotación sexual infantil no se limita a los contenidos que se trabajan en la consulta. **Hay elementos del proceso psicoterapéutico que realizan los profesionales del centro** como la flexibilización de los mecanismos disociativos, el trabajo de los modelos vinculares desorganizados o el cuidado y abordaje de la sintomatología de estrés postraumático. Son ellos quienes sostendrán la pesadilla y el terror que despierte a ese niño o niña en mitad de la noche, son los que podrán responder de forma protectora a las conductas hipersexualizadas o los que puedan decirles una y otra vez que no fue su culpa, cada vez que tengan crisis fruto del dolor. Situar adecuadamente a los equipos educativos en su intervención es una de las claves nucleares de este modelo técnico de intervención.
- Y un último elemento esencial de la intervención psicoterapéutica con los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso o explotación sexual infantil- aunque no sólo con ellos-, es que la psicoterapia debe ser un proceso voluntario, iniciado cuando el propio niño se sienta preparado para ello. Es evidente que la pericia profesional del psicoterapeuta en algunos casos puede lograr la adhesión terapéutica aunque inicialmente el niño, niña o adolescente no la quiera. Pero es esencial que no se les derive a psicoterapia de forma automática después de la revelación como si el abuso fuera un tema urgente que desborda al equipo educativo y que no pueda manejar. La derivación se ha de trabajar con el niño, niña o adolescente y realizarla de un modo adecuado es uno de los factores que posibilitan el éxito del proceso psicoterapéutico posterior.

3.2. Niños, niñas y adolescentes con problemas de consumo y adicciones

Desde este modelo técnico las adicciones de cualquier tipo no son una problemática conductual sino un **mecanismo disociativo** para manejar las diversas historias de trauma que han vivido las personas. Es necesario que los equipos educativos entiendan que los niños, niñas y adolescentes que presentan adicciones a sustancias, a alcohol o las tecnologías, entre otras, no lo hacen por un efecto "imitación" ni por un efecto "contagio" sino por tres aspectos clave.

El primero, la soledad radical en la que muchos de ellos pueden llegar a vivir cuando son separados de sus familias, su miedo a nuevos abandonos y **su necesidad de integración afectiva y social**. No copian una conducta sino que tratan de integrarse en el grupo y encontrar nuevas relaciones afectivas. Si para ello han de consumir, lo van a hacer.

El segundo, para poder **manejar el nivel de ansiedad** que les provoca el daño afectivo con el que cargan. Las adicciones son un recurso muy útil para "dejar de sentir". No sentir el vacío, el dolor, la angustia, el abandono o la soledad. Las adicciones son **una forma de autolesión** en la que la persona entra para poder sostener el dolor y el terror y para poder desconectar corporalmente de esas sensaciones físicas y esas emociones.

El tercero, como **mecanismo disociativo**. Las adicciones permiten la desconexión corporal necesaria para sobrevivir al trauma. Se acaban convirtiendo en un problema en sí mismo, con sus propios mecanismos disociativos que permiten prolongar la adicción, no afrontarla y ocultarla. Y tienen también sus propios indicadores corporales que los equipos educativos deben conocer y aprender a manejar. Pero el origen de la adicción está en la disociación.

Por lo tanto, dentro de este modelo técnico se establece una diferencia clara en la normativa y las actuaciones de los equipos técnicos y educativos entre dos situaciones. La primera en la que el niño, niña o adolescente presente un problema de adicción, que ha de ser abordado como una manifestación más del daño afectivo y la historia de trauma y abordado como tal. La segunda en la que esté induciendo a sus compañeros al consumo, en cuyo caso se deben tomar medidas protectoras establecidas dentro de la normativa del centro. Una adicción es una forma de autolesión resultado de la disociación, pero inducir al consumo es una conducta que puede dañar a otros niños, niñas y adolescentes y ante la que el equipo educativo debe actuar.

3.3. Niños y niñas migrantes no acompañados y separados

Desde este modelo técnico, cuando se trabaja con niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados que llegan a los centros de acogimiento residencial se debe proporcionar a los equipos técnicos y educativos la formación específica necesaria para abordar las siguientes claves.

- Los adolescentes migrantes no acompañados **son, antes de nada, niños**. Lo son desde el marco legal nacional e internacional. Aunque no lo parezcan, aunque no se comporten a veces como tales, aunque las diferencias culturales y sociales sean tan enormes que sea difícil verlos como tales, son niños y niñas cuyas necesidades han de ser atendidas.
- El viaje desde sus países de origen hasta España incluye experiencias traumáticas variadas y a veces imposibles de imaginar para los profesionales que trabajan con ellos. Son personas que han vivido no sólo el desarraigó de tener que abandonar su país, su familia y su entorno, sino que han podido vivir violaciones, agresiones, ahogamientos, explotación laboral y sexual; que pueden haber caminado o nadado o corrido hasta la extenuación, que han pasado terror en más situaciones de las que podrán explicar. Fuera cual fuera su situación en su familia de origen, llegan a España con una **sintomatología aguda de estrés postraumático**. Es posible que no puedan soportar ducharse por haber vivido un hundimiento del cayuco en el que vivían, que no puedan comer o que coman de forma desmedida por el hambre pasado, que no logren dormir en una cama porque llevan meses o años durmiendo en el suelo. Son mil pequeñas pautas cotidianas que les llevará tiempo asumir no sólo por las diferencias culturales y sociales obvias, sino por el nivel de hiperactivación, pensamiento paranoide y desconfianza con el que llegan, unido a la ruptura de sus falsas expectativas sobre lo que iban a encontrar al llegar a España. Además, del mismo modo que pueden llegar con enfermedades físicas cronificadas y agravadas por la falta de atención temprana a las mismas, a menudo tendrán lentitud de pensamiento y un cierto retraso cognitivo por falta de la estimulación adecuada, por el consumo de sustancias que han realizado para sobrevivir al viaje o por la disociación provocada por las vivencias traumáticas reiteradas.
- Y en este sentido, es importante recordar que el trauma genera indicadores externalizadores e internalizadores que deberán ser atendidos pero que pueden generar conductas de gran conflicto dentro del centro. A menudo tendrán que ver inicialmente con lograr satisfacer sus necesidades básicas y que logren tranquilidad al respecto. Dentro de este modelo técnico, uno de los límites protectores clave que se trabaja con los equipos técnicos y educativos es que desde un enfoque de derechos **no se puede castigar o sancionar con necesidades básicas universales como la comida o el sueño**. Pero en este caso, con una sintomatología de estrés postraumático aguda y viniendo de situaciones en las que sus necesidades básicas han estado sin cubrir durante largos períodos de tiempo, aún más.

- Las **historias de vida de estos niños, niñas y adolescentes pueden variar de una forma enorme**. Habrá muchos de ellos que se lanzaron al proceso migratorio desde familias en las que vivieron maltrato o abandono en condiciones extremas, pero habrá muchos otros cuyo proceso migratorio es parte de una decisión familiar donde la familia acompaña en la distancia, está muy presente e incluso ha llegado a sacrificar su situación en su país endeudándose para pagar el viaje. No se trata de ese relato que encontramos en algunos equipos educativos que adjudican a estos adolescentes un intento de aprovechamiento de los recursos del país receptor sino de un proyecto migratorio legítimo por el que se paga un precio altísimo de desarraigamiento y trauma. Proyectos migratorios que han existido desde siempre en la humanidad y en nuestro propio país. Por lo tanto, los modelos afectivos y la historia de vida de cada niño, niña o adolescente migrante tendrán que ser **evaluados de forma individual** sin establecer pautas comunes por el país de origen, por otros niños de su mismo origen que hayan residido en el centro previamente o por prejuicios culturales, raciales o sociales. Esa evaluación además en muchos casos cuenta con la limitación del desconocimiento lingüístico y cultural de los equipos técnicos y educativos que se ven obligados a atender a un adolescente que acaba de llegar, no habla el idioma y con la sintomatología del estrés post traumático unido a un deseo de seguir su proceso migratorio. Por ello, será necesario entrenar en ellos la capacidad de escucha para poder acercarse a ellos por encima de las limitaciones lingüísticas y de observar los indicadores conductuales, sobre todo los corporales de trauma, así como la coordinación dentro del equipo y con otros agentes que intervienen con estos chicos y chicas para completar los datos necesarios sobre su historia de vida y localizar y mantener, en la medida de lo posible, la relación con sus familias.
- Una de las diferencias clave de los chicos y chicas migrantes que residen en los centros de acogimiento residencial es que vienen con un **proyecto de autonomía** muy diferente al que está establecido en España. Quieren trabajar, ser autónomos y en muchos casos seguir viaje para encontrarse con otros miembros de su familia presentes en otros territorios. Y en ese proceso además las cuestiones relacionadas con su documentación y su situación legal juegan un papel clave. No son chicos y chicas que vean la escuela del mismo modo, ni el centro como un hogar en el que quieran permanecer, sino como un paso más en su proyecto de vida. Por lo tanto, la posición de los equipos técnicos y educativos ha de tener en cuenta ese posicionamiento para posibilitar una intervención eficaz. De otro modo, generarán una actitud desafiante, oposicionista y boicoteadora de cualquier intervención.
- Ese proyecto de autonomía, unido a la sintomatología de estrés postraumático y las dificultades de idioma, les va a llevar en muchos casos a tener **dificultades de integración social y afectiva** con los otros niños, niñas y adolescentes residentes en el centro. Por lo tanto, un elemento clave de la seguridad emocional que es el sentimiento de pertenencia, va a tardar mucho más en aparecer. Sus habitaciones pueden permanecer sucias, como leoneras durante mucho más tiempo del que los equipos están acostumbrados y no porque sean sucios sino por dos motivos que se entrecruzan: la desconexión corporal que han debido poner en marcha para sobrevivir al viaje que han realizado y su rechazo a considerar el centro como un hogar al ser un lugar del que se supone que deben irse para proseguir con su proyecto de autonomía.

4

Aprendiendo *la mirada consciente* en los centros de protección. Sistematización de la metodología del proyecto de formación y supervisión

4.1. Introducción

En los últimos años Espirales Consultoría de Infancia ha venido desarrollando el proceso de formación y supervisión “La mirada consciente” (Horno, Echeverría y Juanas, 2017) en diferentes centros de acogimiento residencial de España.

Este proceso busca una mejora de la calidad de la intervención que se realiza con los niños, niñas y adolescentes en los centros de acogimiento residencial, transformándola desde un modelo de intervención basado en la modificación de conducta a un modelo de atención definido desde un enfoque de derechos del niño, niña o adolescente, la psicología del vínculo y la psicología del trauma.

Este modelo, para lograr su completo desarrollo, requiere de dos condiciones necesarias para su implementación: que el **centro sea un entorno seguro y protector** que posibilite el desarrollo pleno a los niños, niñas y adolescentes, e incorporar la **afectividad consciente** como una de las competencias profesionales necesarias en el equipo educativo para poder garantizar dicho entorno.

Para lograr ambos objetivos se realiza un proceso de formación y supervisión con el equipo educativo de cada centro de protección que dura ocho meses, además de una fase de seguimiento durante el año siguiente a la finalización del mismo. La formación está dirigida a proporcionar una toma de conciencia vivencial sobre el trabajo de cada profesional, del equipo y de la entidad o institución responsable en su conjunto, de modo que se produzca una actualización de las metodologías de trabajo, potenciando los aspectos protectores ya existentes y atendiendo los aspectos que necesiten desarrollo.

En este documento se describe la metodología del proceso de formación y supervisión completa que se ha seguido para implementar el cambio y mejora del modelo de atención en los centros de acogimiento residencial. Se describe la secuencia metodológica de cada una de las sesiones realizadas, incluyendo el contenido teórico a trabajar, los ejercicios diseñados para cada sesión y las pautas necesarias para el equipo facilitador en caso de que se quiera replicar en otros centros.

Sin embargo, es importante tener presente que para implementar esta metodología es necesario un **equipo facilitador** que tenga un **perfil determinado** (ver el apartado 4.4. Condiciones necesarias para garantizar la eficacia de este proceso), en especial experiencia en el sistema de protección, ciertas formaciones específicas y determinadas competencias profesionales (metodologías de trabajo corporal, haber realizado sus propios procesos personales, liderazgo de grupos...). Asimismo, será necesario que haya una **persona responsable de garantizar la implementación de los cambios** acordados, sea el coordinador del centro o un cargo directivo de la entidad responsable del mismo. Pero, como se indicará en la fase de seguimiento, además de las sesiones de seguimiento a realizar, el nivel de implementación del cambio de modelo depende de la implicación del equipo coordinador a la hora de garantizarla.

La implementación de este modelo de trabajo conlleva generar un proceso de conciencia en los equipos educativos que en determinados momentos genera dudas, miedos y confusión. La solidez del equipo facilitador, unida al papel clave de la dirección y coordinación del centro que han de supervisar y garantizar la implementación de dicho modelo por parte de todo el equipo educativo, son factores tan importantes para la implementación de esta metodología como la metodología en sí misma.

4.2. Objetivos

4.2.1. OBJETIVO GENERAL

Incrementar la calidad de la intervención en los centros de protección de la entidad siguiendo el modelo de atención a la persona desde un marco de la teoría del vínculo, la psicología del trauma y el enfoque de derechos del niño.

4.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Integrar la teoría del vínculo, la psicología del trauma y de la resiliencia y el enfoque de derechos del niño en las intervenciones cotidianas.
- Reconocer las alteraciones cognitivas, afectivas y conductuales derivadas de la alteración del vínculo y de situaciones de maltrato, negligencia y abuso en los niños, niñas y adolescentes residentes en los centros.
- Disponer de herramientas educativas actualizadas tras una revisión integral participativa: el Proyecto Educativo, el Reglamento de Régimen Interno y otros instrumentos empleados.
- Revisar el entorno del centro para poder evaluar si es un entorno seguro y protector y realizar los cambios necesarios para lograr que lo sea.

- Revisar casos específicos en los que el equipo encuentra una dificultad especial en la aplicación del modelo de intervención.
- Proporcionar pautas de cuidado institucional y de autocuidado afectivo al equipo.

4.3. Marco teórico de referencia del modelo propuesto

El proceso de mejora y actualización técnica del modelo técnico de intervención en los centros de protección supone pasar de un modelo de intervención desde la modificación de conducta a un modelo basado en el enfoque de derechos del niño, la psicología del vínculo, y la psicología del trauma.

Este cambio se construye sobre la comprensión de tres elementos clave. El equipo educativo debe comprender que los niños, niñas y adolescentes que viven en los centros de protección son:

1. Personas que han visto **vulnerados sus derechos humanos** en distintos ámbitos y con diversa gravedad. Reconocerlos como sujetos de derechos es el punto de partida de este proceso unido a la asunción por parte del equipo educativo de que son los garantes de los derechos humanos de los niños a los que acompañan. Por su falta de autonomía y su situación de especial vulnerabilidad, dependen del equipo educativo aún más si cabe que cualquier otro niño, niña o adolescente para garantizar la plena implementación de sus derechos humanos.
2. Personas con **una historia de gran sufrimiento y que, en una gran mayoría, han vivido experiencias de trauma** (Pereda, Abad y Guilera, 2014). Esas vivencias han dañado su desarrollo y generado unas consecuencias a medio y largo plazo que se plasman en su conducta cotidiana (López-Soler, 2008). Los indicadores resultantes de la vivencia de trauma son complejos porque pueden ser muy diferentes entre sí, pero siempre indican una desregulación interna. Pueden tener un perfil externalizador, en el que el indicador supone exteriorizar el dolor a través de la conducta. Pero también existe un perfil internalizador, con indicadores que suponen una autolesión o agresión interna, porque el dolor no se exterioriza. Los indicadores externalizadores son los más atendidos por los equipos educativos porque generan conductas más difíciles de gestionar en grupo o socialmente. Los indicadores internalizadores, por el contrario, son más difíciles de ver si no se tiene la formación adecuada y suponen una mayor gravedad por lo que conllevan de autolesión. Los indicadores más importantes de las diferentes áreas incluyen:

- Los daños físicos, neurológicos, fisiológicos o psicosomáticos que produce una situación de miedo mantenida en el tiempo: heridas, daños neurológicos producidos por el estrés fisiológico mantenido, problemas de coordinación sensorio motriz, dolores crónicos, problemas gastrointestinales, pérdida de control de esfínteres, mucha necesidad de movimiento o excesiva quietud e incluso hipotonía muscular, trastornos de la alimentación, etc. En este punto es necesario atender a cuatro indicadores físicos muy habituales en los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección: los problemas con el tacto, la desregulación de la temperatura corporal, un umbral del dolor excesivamente elevado o problemas con el contacto con el agua.

- Daños en el desarrollo emocional: falta de autorregulación afectiva, con conductas de excesiva labilidad emocional, dependencia emocional de extraños o por el contrario frialdad y dificultad para establecer intimidad; dificultad para mentalizar las emociones que viven y poder nombrarlas; sentimiento de culpa y vergüenza paralizante, conductas de hipervigilancia, desprecio hacia sí y culpabilidad, depresión, ansiedad generalizada, etc.
- Daños en el desarrollo cognitivo: retrasos en el desarrollo cognitivo, problemas con las funciones ejecutivas, problemas de memoria, dificultad para la atención mantenida y la concentración, dificultad para seguir secuencias complejas de información, pensamientos obsesivos y recurrentes, trastornos de lenguaje, con especial atención al mutismo selectivo, etc.
- Problemas sociales y comportamentales: aislamiento social, dificultad para establecer relaciones vínculares, hipervigilancia, dificultad para confiar en otras personas, dificultad para marcar límites protectores de sí mismos, conductas agresivas o autolesivas, conductas autolíticas, adicciones, dificultades para controlar los impulsos, conductas desafiantes o especialmente sumisas, conductas de riesgo, etc.
- Daños en el desarrollo sexual: conductas sexuales de riesgo, cosificarse (ofrecerse como si fuera un objeto) y despersonalizarse en las relaciones sexuales, dificultades para la intimidad sexual, agresiones sexuales entre iguales o por parte de personas adultas, etc.



Es imprescindible que el equipo educativo tenga unos sólidos conocimientos sobre trauma y disociación para no interpretar como conductas intencionales de los niños, niñas y adolescentes lo que no son sino indicadores de disociación. De este modo podrán ajustar su intervención educativa a la realidad del daño y el sufrimiento que traen los niños a los que acompañan. Y desde ahí será una intervención eficaz, no revictimizadora.

- 3.** Personas que han crecido en situaciones de vulnerabilidad, lo que los ha llevado en muchos casos a internalizar **modelos vinculares dañinos**. Un modelo vincular, por el hecho de ser dañino, no es menos fuerte ni determina menos el desarrollo de la persona (Bowly, 2014). Muy al contrario. Los niños, niñas y adolescentes, igual que el equipo educativo, se colocan ante las nuevas relaciones en función de su experiencia previa con sus figuras de apego primarias. La calidad de esa experiencia de apego, tanto por su seguridad como por su flexibilidad, determina la forma de establecer relaciones afectivas a lo largo de su vida. Existen muchas otras pequeñas manifestaciones de los modelos vinculares que los niños han construido fruto de su relación con sus figuras de apego primarias (Crittenden, 2016) como sus conductas retadoras, su frialdad emocional o bien al contrario, su excesiva dependencia de figuras destructivas o la idealización de sus familias; su necesidad de contacto físico permanente o al contrario, su imposibilidad para aceptar el contacto físico. Todo esto lo plasman en su forma de relacionarse con las personas adultas que tratan de cuidarles, en este caso, el equipo educativo (ocurre algo parecido con las familias acogedoras o en los procesos de adopción). Es necesario que el equipo educativo comprenda que todas esas características no tienen que ver con la relación actual del niño, niña o adolescente con las personas adultas del equipo, sino con su propia historia.

La magnitud y gravedad de estos tres datos clave se desconocía hasta hace poco tiempo. Cuando se definió el sistema de protección y su modelo de intervención se sabía muy poco de psicología del trauma. Por lo tanto, es necesario actualizar técnicamente el modelo de intervención. Esta actualización se puede resumir en tres elementos clave que deben definir el acompañamiento que el equipo educativo realiza a los niños, niñas y adolescentes en los centros de protección:

- 1. El objetivo del proyecto marco de un centro de protección debe ser garantizar que el centro sea un entorno seguro y protector. Y es responsabilidad del equipo educativo lograrlo.** Un entorno seguro y protector es condición imprescindible para posibilitar el desarrollo pleno de la infancia y adolescencia, y la plena implementación de sus derechos humanos. Es necesario realizar una evaluación desde este enfoque de la intervención que se desarrolla en los centros de protección (UNICEF España, 2017). Un entorno seguro y protector empieza por el mismo entorno físico. Por eso se desarrolla una sesión en el proceso específica para revisar el entorno físico, sus condiciones estructurales y su frialdad o calidez emocional. **Un entorno seguro y protector es, por definición, un lugar cálido. Y ha de serlo físicamente pero también emocionalmente porque las personas que se relacionan en él lo hacen siempre con afecto.** De este modo surgirá la **afectividad consciente** como una competencia profesional obligatoria para el equipo educativo (Horno, 2018b) que se trabajará a lo largo del proceso de formación. Y un entorno seguro y protector es un lugar donde las personas que viven en él, tanto las personas adultas como los niños, niñas y adolescentes pueden ser protagonistas de sus propias vidas y tomar sus decisiones

conforme su grado de autonomía se lo permita. Será necesario igualmente revisar el protagonismo que se les permite a los niños en las decisiones que les afectan directamente y en el funcionamiento del centro. Un protagonismo que el marco legislativo actual les permite y legitima (Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia y Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia).

2. La vivencia emocional que define la experiencia de los niños a los que se acompaña es el miedo. El trauma no se define tanto por ser una experiencia dolorosa sino por ser una experiencia que genera miedo a la propia supervivencia. Y no un miedo puntual, sino un miedo estructural. Un miedo soterrado, frecuente o incluso permanente. El miedo es para estos niños, niñas y adolescentes una experiencia emocional que les constituye. Y es necesario comprender las implicaciones que esto conlleva en su desarrollo formándose adecuadamente sobre trauma y disociación. Y tener presente que el objetivo clave de la intervención del equipo educativo es lograr que los niños se sientan suficientemente seguros como para dejar de temblar, de saltar en la silla cuando se cierra una puerta o de tener pesadillas por la noche. Y, como se trabaja específicamente en la primera sesión, el miedo anida en "las tripas", por lo que es necesario dimensionar adecuadamente la parte corporal de la intervención, tanto en cuanto al entorno, como a la **detección de los indicadores corporales de trauma o la introducción de trabajo corporal en la intervención educativa** que se realiza en los centros de protección. El procesamiento somatosensorial de las experiencias de trauma es fundamental para su integración. Y ese procesamiento solo se logra introduciendo técnicas de trabajo corporal (Van der Kolk, 2017).

3. La intervención del equipo educativo se basa en la relación afectiva que logran establecer con los niños a los que acompañan. Y para construir esa relación es necesario que **conozcan e identifiquen los modelos vinculares de cada niño, niña o adolescente**. De este modo podrán comprender por qué estos se relacionan con el equipo como lo hacen sin malinterpretar muchas de sus conductas como frías, desapegadas o agresivas. No solo eso, **deben hacer consciente su propia historia afectiva como personas adultas**. Solo si realizan un trabajo personal de integración de su propia historia de vida lograrán no traspasarla a quienes acompañan (Barudy y Dantagnan, 2009). Del mismo modo, deben comprender que parte de su intervención debe ir destinada a ayudar a estos niños, niñas y adolescentes a poder transformar ese modelo vincular, a integrar su historia de vida y a comprender el hilo narrativo que une las cosas que les han ido sucediendo. Ese proceso de **acompañamiento emocional** desde un entorno seguro y protector posibilita que los niños puedan **integrar su historia de vida y la realidad de sus familias de origen**. Pero nunca darán ese paso si no se sienten protegidos y a salvo y con figuras afectivas que estén dispuestos a sostener su historia, la revelación de diferentes experiencias traumáticas que puedan haber vivido y que han sido obligados a silenciar (Aznárez, 2021). Y, sobre todo, eso no se produce si el equipo educativo no respeta a sus familias siempre, por muy destructiva que pueda parecerles su influencia en la vida de los niños, niñas y adolescentes. Si no existe ese **respeto a las familias**, el equipo educativo puede colocar al niño en un conflicto de pertenencia que le lleve a la necesidad de protegerse del personal educativo, defendiendo a sus familias y narrando de forma dañina su propia experiencia de vida.

La implementación de estos tres elementos en la intervención cotidiana del equipo educativo requiere un **proceso de evaluación y mejora de todo el funcionamiento del centro**, desde su proyecto educativo y su reglamento de funcionamiento hasta la revisión de las rutinas cotidianas que sigue el equipo educativo para definir el día a día del centro o el entorno físico de los centros en sí mismo. Es un proceso que busca un elemento clave: la conciencia del equipo educativo (Horno, 2021). Que puedan pararse a pensar en el sentido de las cosas que llevan años haciendo.

Por un lado, **han de revisar las condiciones del entorno en el que intervienen. La mirada al entorno es parte imprescindible de este proceso de conciencia**. Por otro, deben evaluar si, como profesionales, se ajustan a las **características y necesidades de los niños, niñas y adolescentes, a su historia de vida, sus modelos vinculares y las experiencias de trauma** que han vivido. Y, por último, tienen que poner **conciencia en sus propias vivencias**, en su historia de vida y cómo puede condicionar su trabajo con los niños a los que acompañan, porque todo esto determina la calidad y profundidad de la relación que establecen con ellos. Trabajar cada día con niños, niñas y adolescentes con historias de vida tan dolorosas, que plasman en su conducta el miedo que han vivido, supone un coste emocional que debe ser hecho consciente y atendido tanto a nivel individual por cada profesional como a nivel de equipo. Y el propio equipo debe ser el entorno seguro y protector de los profesionales en el que puedan apoyarse para desarrollar una intervención rigurosa y eficaz. **El trabajo en equipo y del equipo en red con otros recursos existentes en el sistema de protección y fuera de él es condición de calidad y rigor profesional en este ámbito.**

Pero ese coste emocional y profesional también debe ser atendido por parte de las **entidades e instituciones responsables de los centros de protección**, que deben entender como obligatoria la inversión en espacios de supervisión donde los equipos educativos puedan revisar de forma consciente su trabajo, así como políticas de gestión de personal que contemplen las medidas necesarias para atender ese coste emocional. Cuando esta conciencia de las entidades o instituciones no se da, nos encontramos con un ámbito con **una de las mayores tasas de rotación profesional. Equipos que no pueden sostener el dolor y que se rompen. Equipos que trabajan sin las condiciones necesarias para poder sostenerse**.

Por eso el proceso de formación y supervisión requiere de un compromiso institucional previo a su implementación, porque casi seguro va a conllevar el cambio no solo del modelo de intervención del equipo educativo sino de las condiciones estructurales del mismo, como bien manifiestan muchos de los equipos y centros con los que ya se ha realizado, cuando han evaluado el proceso (Horno, Echeverría y Juanas, 2017).

4.4. Propuesta metodológica

4.4.1. CONDICIONES NECESARIAS PARA GARANTIZAR LA EFICACIA DE ESTE PROCESO

La implementación de esta metodología de trabajo con los equipos educativos de los centros de acogimiento residencial requiere de una serie de condiciones previas que han de garantizarse para poder desarrollarse con éxito.

- 1. Un equipo facilitador con formación técnica adecuada, solidez personal y experiencia en el sistema de protección.** Es necesario garantizar que el proceso lo dirigen varios profesionales que trabajan en equipo y que tienen un perfil determinado: titulación del ámbito social, experiencia directa en el sistema de protección y, a ser posible, en los centros de acogimiento residencial, formación específica en psicología del trauma y psicología del vínculo, formación en diversas metodologías de trabajo corporal, un proceso de trabajo personal ya realizado y experiencia en liderazgo de grupos.
- 2. Un compromiso institucional claro** de la institución o entidad que dirige el centro de acogimiento residencial sobre el objetivo último del proceso de formación y supervisión. Este posicionamiento institucional es especialmente relevante en aquellos casos donde el proceso va a implicar cambios significativos en el modelo de intervención o inversiones relevantes, por ejemplo en la política de recursos humanos o en la modernización de infraestructuras.
- 3. El liderazgo de la figura de coordinación** del equipo educativo del centro en la implementación del modelo. Independientemente del liderazgo que el equipo facilitador pueda ejercer durante el tiempo que dura el proceso de formación y supervisión, es necesario que la figura de coordinación del equipo educativo ejerza su rol garantizando la implementación de los diferentes acuerdos que se van tomando a lo largo de todo el proceso: la gestión y organización logística de las sesiones, la entrega por parte del equipo educativo de los trabajos individuales que se piden en las dos primeras sesiones, la inclusión de las modificaciones acordadas en el proyecto educativo y en el reglamento del centro hasta tener finalizados los documentos nuevos, los cambios en las rutinas de intervención cotidiana acordados, y el seguimiento de las medidas educativas que se acuerden para los casos concretos que se supervisan en las sesiones de supervisión de casos. El nivel hasta el que se llega a implementar el modelo está relacionado con el convencimiento que el equipo educativo tenga de la necesidad del cambio, pero sobre todo con la existencia de una figura de coordinación que lidere y garantice dicha implementación más allá de las sesiones realizadas.
- 4. Contacto entre el equipo facilitador y la figura de coordinación del equipo educativo del centro.** Durante el tiempo que se trabaja con el equipo educativo, entre sesión y sesión, van a surgir varias situaciones que generen dudas y que puedan requerir una aclaración por parte del equipo facilitador. Por ello, el contacto entre el equipo facilitador y la coordinación del equipo educativo debe ser regular durante el tiempo que dura el proceso, de forma que se dé apoyo técnico en la resolución de dudas o de posibles conflictos internos que puedan surgir dentro del equipo educativo.

4.4.2. CRONOGRAMA

Se realizará una sesión mensual con el equipo de cuatro horas de duración (preferiblemente en horario de 9.30 a 13.30) durante siete meses, más dos sesiones de seguimiento, de entre dos y cuatro horas de duración según los contenidos y necesidades del equipo, a desarrollar durante el año siguiente a la finalización del proceso de formación. El calendario se acuerda entre cada entidad y el equipo facilitador.

4.4.3. PARTICIPANTES

El primer paso del proceso es visibilizar que todas las personas adultas del centro tienen funciones educativas y de acompañamiento hacia los niños, niñas y adolescentes. Por eso, en las sesiones deben participar, además del equipo educativo completo (incluyendo a auxiliares de noche), el personal de cocina, limpieza, mantenimiento, seguridad y otras funciones similares y con la presencia de la coordinación del centro.

4.4.4. ESTRUCTURA METODOLÓGICA DE LAS SESIONES

El proceso de formación y supervisión está estructurado en siete sesiones que se realizan con frecuencia mensual y dos sesiones de seguimiento a lo largo del año siguiente a su finalización.

En el caso de que una misma entidad gestione varios centros, para ajustar el coste del proceso a la realidad de las entidades, se puede plantear unificar los equipos para las dos sesiones iniciales de formación y para las sesiones de supervisión de casos. Pero es importante que las sesiones sobre el proyecto educativo, el reglamento y el análisis del entorno se realicen de forma diferenciada con cada equipo de cada uno de los centros.

La estructura general de las sesiones del programa es la siguiente:

- DOS SESIONES DE FORMACIÓN INICIALES. Se realizan dos sesiones de formación inicial conjunta de todo el equipo con el objetivo de consolidar una serie de conocimientos básicos sobre la teoría del vínculo y sobre la psicología del trauma. Asimismo, se identifican las fortalezas y debilidades que se van a trabajar a lo largo del proceso. De este modo se parte de un marco técnico y unas necesidades detectadas de forma conjunta. Al finalizar cada una de estas sesiones se pide a cada participante la realización de un trabajo individual de análisis de las herramientas educativas del centro (proyecto educativo y reglamento) desde la perspectiva de lo trabajado en la formación. El contenido de estos trabajos servirá como base para estructurar el siguiente bloque de sesiones. Los contenidos que se trabajan en cada una de las dos sesiones de formación son:
 - Primera sesión: la afectividad consciente como competencia profesional en los centros de protección.
 - Segunda sesión: estrategias de intervención con niños, niñas y adolescentes con historias de trauma y modelos vinculares desorganizados.

- DOS SESIONES DE REVISIÓN DE LOS INSTRUMENTOS TÉCNICOS DE TRABAJO. La estructura de cada una de las dos sesiones será la siguiente:
 - Espacio de autocuidado para el equipo con metodología de trabajo corporal.
 - Espacio de revisión de los instrumentos técnicos, el proyecto educativo y el reglamento del centro. Esta revisión se realiza desde el enfoque de derechos del niño, la teoría del vínculo y la psicología del trauma y a partir de los contenidos de los trabajos individuales. Estas sesiones finalizan con la elaboración de una normativa común de obligado cumplimiento y las modificaciones necesarias en cada caso en el proyecto educativo del centro.
- UNA SESIÓN DE REVISIÓN DE LOS ENTORNOS.
 - Revisión de los espacios físicos de cada centro desde la perspectiva de los entornos seguros y protectores.
- DOS SESIONES DE SUPERVISIÓN DE CASOS ESPECÍFICOS.
 - Espacio de supervisión de los casos presentados por el equipo. Cada caso es presentado a todo el equipo por su tutor con un relato de la historia de vida del niño, los objetivos del proyecto educativo que se había definido para él y las dificultades por las que se había elegido específicamente ese caso para la sesión de supervisión.
- DOS SESIONES DE SEGUIMIENTO.
 - En el año siguiente a la finalización del proceso se dará continuidad con dos sesiones de seguimiento para garantizar la implementación de los cambios. La estructura de estas sesiones variará en función de las demandas de cada equipo. El objetivo de esas sesiones será analizar las dificultades que han ido surgiendo en la implementación de los nuevos instrumentos y en el cambio de enfoque de la intervención desde ese cambio de mirada que se había trabajado.

4.4.5. MATERIALES NECESARIOS PARA DESARROLLAR LAS SESIONES

- Ordenador y proyector.
- Equipo de música.
- Pizarra o papelógrafo.
- Sala con sillas móviles y amplia para el trabajo corporal.
- Papeles adhesivos tipo *post-it* abundantes en las dos primeras sesiones.

4.5. Guión de contenidos y secuencia metodológica de las sesiones

PRIMERA SESIÓN: LA AFECTIVIDAD CONSCIENTE COMO COMPETENCIA PROFESIONAL

Duración:

Entre 3 y 4 horas dependiendo de las necesidades de cada equipo educativo.

Objetivos:

- Establecer el marco general del proceso de formación y supervisión: marco teórico, objetivos clave y contexto desde el que se desarrolla.
- Presentación del equipo facilitador.
- Diagnóstico de fortalezas y debilidades del equipo educativo.
- Integrar la teoría del vínculo y el enfoque de derechos del niño en las intervenciones cotidianas.

Resultados esperados:

- Se establece una relación cercana entre el equipo facilitador y el equipo educativo.
- El equipo entiende las líneas generales del cambio de modelo que se le propone: de un modelo de intervención desde la modificación de conducta a un modelo basado en la psicología del vínculo y la psicología del trauma.
- El equipo entiende la diferencia entre vínculo y afectividad.
- El equipo incorpora la afectividad consciente como competencia profesional.
- El equipo educativo ha vivenciado corporal y emocionalmente algunos de los conceptos clave de la sesión a través de los ejercicios corporales.

SECUENCIA METODOLÓGICA DE LA SESIÓN:

1.1. Contextualización del proceso de La Mirada Consciente.

El equipo facilitador da la bienvenida al conjunto de participantes y se presenta. A continuación explica la estructura que va a seguir el proceso de formación y supervisión recogida en el apartado de propuesta metodológica.

En dicha presentación, adelanta al equipo educativo algunas ideas clave que se irán repitiendo en las diferentes sesiones:

- *"El objetivo de un centro de protección es lograr que los niños duerman. Si no duermen, entonces no comen, no juegan y por supuesto no estudian ni se recuperan. Pero dormir cuando se tiene una historia de trauma puede ser tarea de titanes".* Comprender este objetivo cambia la visión sobre el turno de noche en un centro de protección. *"Por la noche las personas de turno no duermen,*

velan pesadillas". Quienes trabajan en el turno de noche deben poder abrazar, consolar y preparar tantos vasos de leche caliente como sean necesarios. Deben permanecer atentos para sostener emocionalmente a los niños, niñas y adolescentes. Deben participar en las reuniones del equipo educativo como miembros de pleno derecho y la información que recaben debe ser tenida en cuenta. Y el equipo educativo completo, como parte de este proceso, debe aprender a fijarse en cómo duermen los niños, niñas y adolescentes, que es uno de los indicadores corporales de trauma.

- Este proceso busca cambiar la mirada de la conducta del niño a una mirada a su persona y su historia de vida: "*No se puede trabajar sin conocer la historia de vida de todos los niños, niñas y adolescentes del centro. Leerse los expedientes de todos es condición innegociable para desarrollar un trabajo de calidad. No solo hay que leerse los expedientes de aquellos de los que se es tutor, sino los de todos los niños, niñas y adolescentes del centro. Porque no se interviene solo en una tutoría, se interviene desayunando, viendo una película con ellos o llevándoles al colegio. Todo el equipo educativo interviene con todos los niños, niñas y adolescentes y no puede hacerlo sin conocer su historia de vida*".
- "*Con la comida no se castiga. Ni porque se acaban el plato ni porque no se lo terminan, ni porque repiten postre o no, ni porque comen el pescado o no lo comen*". La comida es un derecho fundamental de los niños y ha de ser un espacio de seguridad y tranquilidad, donde el equipo educativo se siente, coma con ellos y comente cómo les ha ido en el cole, no un espacio de evaluación y control. "*Desde un enfoque de derechos del niño, hay castigos que no caben, por ejemplo castigar con la comida o con las salidas familiares*".
- "*Hablaremos del sistema de puntos y de los puntos rojos o verdes* (metodología de premios y castigos para modificar la conducta que se sigue en muchos centros de protección). *Pero lo que no se puede permitir es que ese sistema sea público*", colocando la calificación de los niños en un lugar público, como encima de la mesa del comedor, porque se vuelve humillación y comparación, que no es otra cosa que violencia. Cualquier evaluación ha de ser individual y en privado.
- "*Aquí os pagan para abrazar, si no sois capaces de abrazar, cambiaos de trabajo. Y no abrazáis porque seáis de abrazar o no, abrazáis a los niños, niñas y adolescentes porque necesitan ser abrazados*". El afecto expreso es parte del trabajo del equipo educativo porque es condición para generar la seguridad emocional. Si queremos que los niños, niñas y adolescentes duerman y se recuperen, se tienen que sentir a salvo y seguros. Y nadie se siente seguro en un lugar frío emocionalmente. Por lo tanto, "*la afectividad pasa a ser parte de nuestro trabajo*".

1.2. Ejercicio de “Cabeza, corazón y tripas”

El primer ejercicio vivencial de la sesión se basa en una imagen que se desarrolló como parte del programa “Escuchando mis tripas” (Horno, 2013) y que se ha incluido en los materiales de difusión realizados por UNICEF España. Se explica con el siguiente esquema:



“Para comprender la importancia de los aspectos afectivos en el desarrollo es necesario entender que el ser humano tiene tres niveles de procesamiento interno [...]:

- *La inteligencia analítico-sintética (que llamaremos “cabeza”) posibilita el procesamiento racional. Tiene que ver con las funciones ejecutivas superiores: memoria, análisis y síntesis de problemas, etc. En una situación de emergencia mantenida en el tiempo, el ser humano se centra en su necesidad de supervivencia, por lo que sus habilidades cognitivas pueden verse mermadas o al menos ralentizadas. De hecho, es muy posible que las personas presenten lentitud de pensamiento, dificultades para concentrarse o para seguir secuencias complejas de información. Los niños y niñas, que no tienen plenamente desarrolladas las partes del cerebro dedicadas a estas funciones, pueden presentar retrocesos significativos en momentos de tensión. La clave estará en proporcionar seguridad en los otros dos niveles.*
- *La inteligencia emocional y social (que llamaremos “corazón”) posibilita el procesamiento emocional. Aquí se sitúa todo el sistema de apego (las relaciones que, como se verá en otro párrafo, ayudan a entender cómo funciona el mundo y qué pueden esperar de las personas), las relaciones de cuidado y de exploración de la persona, todo lo que le lleva a salir e interactuar con el entorno. La necesidad universal de sentirse amado como garantía de la seguridad y desarrollo pleno surge con claridad en este procesamiento.*
- *La inteligencia somato-sensorial (que llamaremos “tripas”) se basa en el procesamiento corporal, todas las funciones que gestiona el cuerpo a nivel no consciente. Este procesamiento es la base de los sistemas de supervivencia y defensa del ser humano y crea la llamada “memoria corporal” de la vivencia. La necesidad universal de sentirse seguro y la protección como garantía de la supervivencia surge en este procesamiento como motivación básica de la conducta. Necesidad de seguridad que se plasma en cuestiones corporales como el calor que permite no tener frío, el alimento, la necesidad de luz solar o la necesidad de ejercicio físico y de movimiento para poder regular los estados emocionales. La actividad, la naturaleza, el movimiento, un techo, la comida, el sueño, la luz del sol son elementos imprescindibles para el desarrollo”.*

(Horno y Romeo, 2020, 5).

Una vez explicada la imagen, el ejercicio es el siguiente.

CONSIGNA

“¿Qué tres cosas necesitáis para ser felices? Se os van a ocurrir muchas, elegid las más importantes, aquellas sin las que os parece imposible ser felices. Cuando las tengáis, escribid cada una en uno de los tres post-its que os hemos dado. Y después si con el esquema que hemos explicado, pensáis que es algo de cabeza venís y pegáis el post-it en la cabeza. Si creéis que es algo de corazón, en el corazón y si pensáis que es de tripa, en la tripa”.

TEMAS A DESTACAR POR EL EQUIPO FACILITADOR DE LOS COMENTARIOS EN GRUPO

Una vez que los participantes han pegado sus post-its, el equipo facilitador pide al grupo de participantes que vean la distribución que ha resultado de los post-its. E indican lo siguiente:

- 1.** *“Este ejercicio se ha realizado en muchos países y con miles de personas y los post-its son siempre los mismos. Porque tienen que ver con la dimensión afectiva del ser humano y esa dimensión es universal. Es clave entender esto cuando se trabaja con niños, niñas y adolescentes de diferentes orígenes culturales, étnicos y sociales”.*
- 2.** *“Cuando nos llevan a lo importante, a lo fundamental, es importante darse cuenta de que todos seguimos teniendo seis años”* (la inteligencia analítico-sintética no se cierra hasta los siete u ocho años en una primera fase y la adolescencia en una segunda). La felicidad no es una cuestión de cabeza, siempre tiene que ver con el corazón y la tripa, con lo emocional y lo vivencial.
- 3.** *“El ser humano tiene dos necesidades afectivas universales: sentirse amado y sentirse seguro. Y tener cubiertas ambas es la base de la salud psicosocioafectiva del ser humano. Y cuidado con el orden, primero va sentirse seguro y luego sentirse amado”.*
 - En la cabeza se colocan post-its que tienen que ver con el desarrollo personal: el trabajo, el desarrollo espiritual, la estabilidad, el aprendizaje.
 - En el corazón se suele colocar lo relacionado con los vínculos: familia, pareja, hijos e hijas, amistades.
 - Y en las tripas suele aparecer todo lo relacionado con la seguridad: la comida, la salud, la casa, el dinero, la naturaleza, el tiempo, el deporte y viajar.
- 4.** Se recolocan algunos post-its:
 - A veces la salud se coloca en la cabeza, sobre todo pensando en la salud mental, pero la salud es un elemento clave de tripa. Porque nos inunda. Cuando estamos enfermos, cuando tenemos gripe, eso nos condiciona todo. Y en la salud mental igual. Es la diferencia entre estar triste y estar deprimido. Estar deprimido es cuando la tristeza te inunda de tal manera que no te levantas de la cama, dejas de comer, no sales a la calle, etc. La salud es una vivencia.

- El dinero que viene vinculado al trabajo va en la tripa porque es la garantía de tener cubiertas nuestras necesidades primarias: la casa, la comida, etc. El dinero (y el trabajo como medio de lograrlo) son la garantía de la seguridad básica de las personas. Una de las pocas variaciones que existen en este ejercicio es cómo se coloca el trabajo en función del trabajo que tienen quienes participan. Aquellas personas que trabajan en trabajos vocacionales, el trabajo además de ser la garantía de su seguridad básica forma también parte de lo que quieren ofrecer de sí mismos al mundo. Son trabajos, como ocurre en los equipos educativos de los centros de protección, que a menudo se escogen desde una vocación de ayuda y de sentido. En ese caso, el trabajo tiene también un elemento de corazón clave que lleva a los profesionales a desregular, a sobre implicarse y llevarse el "trabajo" a casa. Cuando se tiene un trabajo sin implicación emocional, más instrumental, este proceso no suele suceder salvo que exista un alto nivel de conflicto laboral.

El equipo facilitador explica cómo el proceso evolutivo del ser humano va de abajo a arriba, de las tripas a la cabeza. Primero, al nacer el bebé básicamente es tripa, busca en su figura de cuidado la garantía de sus necesidades básicas porque su indefensión y falta total de autonomía le impide satisfacerlas por sí solo. Por eso el apego es una cuestión de supervivencia, no de afecto, y por eso los modelos vinculares y familiares tienen tanta fuerza. Las personas vamos a preferir tener una mala familia a no tener familia, a estar solos o solas. Por eso los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección, igual que todos nosotros, defienden a sus familias, por muchas carencias que tengan, porque son su lugar de seguridad.

La clave de un desarrollo sano es el equilibrio entre el corazón y la tripa, al que llamamos autorregulación emocional. El equilibrio entre el corazón, que son todas las capacidades que el ser humano tiene para salir al mundo, vincularse, relacionarse, explorar, jugar y desarrollarse, con las tripas, que son la base de la protección del ser humano, las que identifican el riesgo, las que buscan el autocuidado y el descanso. El equilibrio entre salir al mundo y quedarse en casa, entre decir sí y decir no, entre cuidar a otros y cuidarse a uno mismo. Eso es la autorregulación emocional. **La clave es la unión del afecto al cuidado.** Las personas que nos quieren nos cuidan. Los niños y niñas no saben que les queremos, se sienten queridos, y se sienten queridos porque se sienten cuidados. Aprendemos a cuidar a quienes queremos y reconocemos a la gente que nos quiere porque nos cuida. Ese hilo entre el afecto y el cuidado es justo el que en los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección está roto. Estos niños vienen de familias que les han podido querer de verdad pero cuyas carencias personales o sociales les han impedido cuidarles adecuadamente, por lo que no han garantizado la seguridad que la persona necesita para desarrollarse plenamente. Son niños que pueden haber crecido sintiéndose amados pero, desde luego, no sintiéndose seguros. Muy al contrario, han pasado mucho miedo. Y **el miedo es una vivencia de "tripas". La clave de la protección. Una vivencia que nos inunda cuando llega y nada fácil de regular.** Y en un centro pueden sentirse cuidados y seguros pero no sentirse nunca queridos. El hilo entre el amor y el cuidado en su experiencia vital está roto.

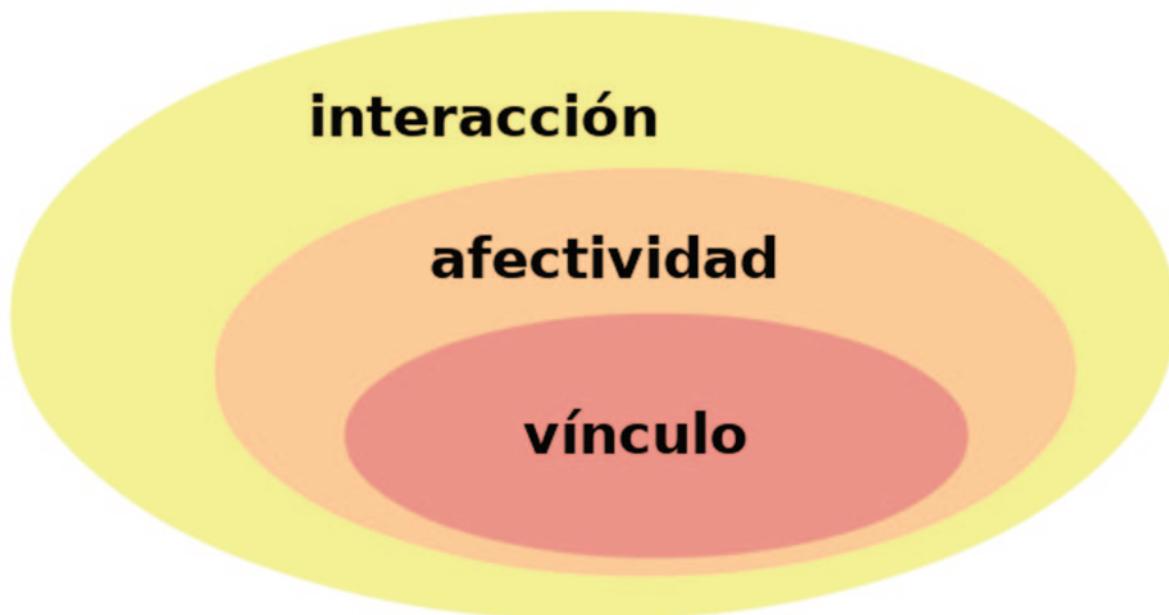
Y la otra clave del desarrollo sano es la **integración emocional**, cuando el procesamiento vivencial, emocional y racional van más o menos armonizados. Lo que vivo, lo que siento y lo que pienso me llevan en la misma dirección. El proceso evolutivo, de hecho, es un proceso de abajo arriba, desde las tripas al corazón y de ahí a la cabeza. El bebé, cuando nace, empieza siendo tripa, luego sube al corazón y acaba en la cabeza. Si queremos que un aprendizaje cale en una persona primero tiene que ser vivencial, luego emocional y por último racional.

Sin embargo, esa integración es muy difícil de lograr cuando tengo mucho miedo, cuando las "tripas" están aterrorizadas. Porque igual que una persona se construye de abajo arriba, **cuando la persona está sufriendo, se deshace de arriba abajo**. Lo primero que presenta son problemas en el procesamiento racional, y los niños, niñas y adolescentes que sufren tienen problemas de atención, concentración, memoria... Después dejan de salir al mundo, dejan de interesarles las cosas, no se relacionan, se meten en la habitación y no salen, están apáticos y sin ganas de nada. Y por último, aparece la somatización, la enfermedad física a la que hoy sabemos que se puede llegar desde una causa exógena o desde un sufrimiento mantenido en el tiempo.

Y esto conlleva una clave fundamental en la mirada consciente a los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección: la evaluación de su estado. No está peor el niño o niña que no para quieto, que genera problemas y que es difícil de lograr que "entre en dinámica". El más dañado muy probablemente será el silencioso, el que no se mira porque no da problemas, el que no habla, el que se queda aislado en su habitación y nada de lo que el equipo le ofrece le interesa. Los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección siguen siendo niños. Han de querer salir, relacionarse con otros niños, niñas y adolescentes, jugar y reír. Cuando esto no pasa hay un problema. Y sin embargo, los equipos miran más y dedican más atención a aquellos que presentan problemas de conducta, que son justo los que están externalizando su dolor y buscando ayuda con ello. De hecho, son a los que más derivan a atención terapéutica, dejando sin esa ayuda a quienes más lo necesitan: los niños y niñas que no causan problemas, que no externalizan su dolor, sino que lo internalizan.

1.3. Explicación de interacción, afectividad, vínculo y concepto de afectividad consciente.

En este apartado se explica un esquema que diferencia los diferentes niveles de relación interpersonal que se pueden establecer. Es el siguiente:



La interacción es el nivel más generalizado de relación, se establece por interés mutuo y se da sin ningún tipo de implicación afectiva. El sistema de derechos humanos regula las reglas de la interacción humana.

La afectividad es el nivel de relación que se establece cuando alguien "me cae bien de tripas". Cuando mi historia personal, mis "tripas" le dan una valencia positiva a esa persona porque su forma de actuar, de moverse o de ser enlaza con algún elemento de mi historia de vida. Es un proceso inconsciente. De esa forma, la persona "me cae bien" y eso me lleva a acercarme a ella. **La afectividad es un proceso interno inconsciente, una vivencia interna que puedo sentir sin ser correspondido, sin reciprocidad.**

El vínculo es un tipo de relación afectiva que yo establezco con otra persona. El vínculo no es una vivencia interna ni una característica de la persona, sino de la relación. Hay relaciones afectivas que son vinculares y relaciones que no.

El vínculo positivo implica una apertura emocional, un compromiso y cuidado del otro y una inversión de tiempo que generan un sentimiento de pertenencia y una intimidad compartida. La persona se siente elegida por la otra persona. Puede haber muchas relaciones vinculares: la paternofilial, la de pareja, la de amistad...

Por lo tanto, el **vínculo es un tipo de relación afectiva que se elige. Una relación que se crea y para crearla requiere una inversión de tiempo y afecto muy potente.** Por eso no es fácil tener muchos vínculos. Y es una relación que solo se puede crear cuando es recíproca, cuando las dos personas quieren hacerlo. **El vínculo es una opción que nunca se puede forzar.** No se puede forzar a nadie a ser pareja de otra persona o amigo de otra persona.

Dentro de los vínculos, están las figuras de apego que fueron las primeras figuras vinculares de la persona, las personas que asumieron su cuidado y protección en los primeros años de vida. Aunque en la mayoría de los casos son las figuras parentales, no necesariamente tienen por qué ser los padres o madres biológicas sino las personas que asumieron su cuidado.

En un centro de protección **el equipo educativo puede trabajar en diferentes niveles en función de la conciencia que ponga:**

- Puede sencillamente interactuar con los niños, niñas y adolescentes cubriendo sus necesidades básicas pero sin establecer ningún tipo de relación afectiva con ellos.
- Puede establecer una relación afectiva por decisión propia desde su mirada a las necesidades de los niños y niñas. Y lo hará independientemente de la respuesta del niño. Yo puedo tratar con afecto y sonreír a alguien aunque no me responda. La afectividad es una decisión personal, una vivencia interior que no depende de la reacción del otro y que puede ser colectiva. Dentro de esa vivencia, habrá ciertos niños, niñas y adolescentes que a cada educador le resulten más fáciles de trato porque su historia de vida les dé una valencia positiva. Por el contrario, habrá otros que les resulten más difíciles porque algo de su forma de ser o de actuar enlacen con algún elemento negativo o inconsciente de su historia de vida y les genere rechazo. Pero como vivencia interna que es, el equipo educativo puede decidir ser afectivo independientemente de la respuesta a sus actuaciones.

- Puede trabajar desde el vínculo afectivo cuando se abre a la posibilidad del mismo y el niño, niña o adolescente le corresponde. El vínculo afectivo es una opción posible de relación. Nunca puede ser una obligación profesional porque además yo no construyo un vínculo con quien quiero sino con quien me corresponde. La apertura emocional al vínculo sí es una decisión del equipo, que ese vínculo se llegue a dar depende tanto de los niños, niñas y adolescentes como de ellos mismos.

Dos ejemplos de otros ámbitos que suelen ayudar a comprender la diferencia entre afectividad y vínculo son los siguientes. Un profesor que espera a los niños y niñas en la entrada de clase puede recibirlas llamándolas por su nombre, sonriéndolas y dándoles la bienvenida o puede colocarse en silencio en la puerta y esperar a que suene la campana para entrar. Entender que acoger a los niños y niñas, llamarles por su nombre y sonreírles hace que se sientan reconocidos y cuidados, que se sientan seguros emocionalmente y que, desde esa seguridad, aprendan más y mejor, es algo que cambia el modo de entender la educación.

Otro ejemplo son las enfermeras y enfermeros en los hospitales. Se puede entrar a las siete de la mañana en la habitación a poner el termómetro a un paciente abriendo la puerta con ruido, encendiendo la luz y hablando alto. De esta forma se despertará asustado y antes de lo que toca. Y la intervención será menos eficaz. Porque las personas para curarse necesitan dormir y estar tranquilas. Se curan antes y se les puede dar el alta antes, objetivo último del trabajo en un hospital. Si yo entro a poner el termómetro (que tengo que ponerlo siempre porque hay que comprobar si ha habido infección por la noche) con una pequeña lámpara, en silencio y acercándome con delicadeza a la persona, puedo ponerle el termómetro e irme y la persona puede que no se llegue ni a despertar. La diferencia entre ambas formas de poner el termómetro es que esta segunda forma es realizada con afectividad y con conciencia, la primera no.

De esta diferenciación clave entre afectividad y vínculo surge el concepto de **afectividad consciente como competencia profesional**. En las profesiones que suponen roles directivos, roles de cuidado o educativos el objetivo último es que las personas, en este caso los niños, niñas y adolescentes, se sientan seguras, para que puedan desarrollarse plenamente. Y la única forma de que se sientan seguras es que las personas a cuyo cuidado están les traten con afecto. Por lo que **la afectividad pasa a ser una obligación del equipo educativo. No la afectividad inconsciente que puede surgir o no en función de la historia de vida de cada educador o educadora, sino la afectividad consciente, es decir, la elegida con conciencia como COMPETENCIA PROFESIONAL**.

La afectividad consciente implica ser afectivo:

- De forma general, con todos los niños, niñas y adolescentes que tengo a mi cargo, me caigan bien, mal o regular.
- Todas las horas que estoy de turno.
- Todos los días, los que me siento bien y los que me siento mal.

La afectividad es la garantía de la seguridad, y el objetivo último de un centro de protección es crear un entorno seguro y protector para los niños que viven en él. Pasa lo mismo en otras profesiones que implican roles de cuidado o educativos, como el personal

sanitario en un hospital cuya actuación afectiva facilita la pronta recuperación de las personas que atienden, o los profesores y profesoras en una escuela, de cuya actuación desde la afectividad consciente depende la generación de un entorno protector que favorezca el aprendizaje y desarrollo pleno de los niños en el aula.

Cuando se define como competencia profesional, esto implica que las instituciones y organizaciones deben incluir esta competencia en sus procesos de selección y evaluación profesional, así como en los espacios de formación necesarios sobre la temática para los equipos.

Además, la afectividad consciente como competencia profesional se desglosa en varias habilidades que los equipos educativos deben ser capaces de incorporar a su rutina diaria. Son las siguientes:

- **La afectividad expresa.** El equipo educativo debe ser capaz de expresar el afecto de forma cotidiana y generalizada, a todos los niños, niñas y adolescentes a los que acompañan. Esta expresión de afecto puede ser física, a través de abrazos o caricias, puede ser a través de las palabras ("*Has visto que ahora logras hacer esto que antes no podías?*", o "*¡Qué bien has reaccionado con X, qué importante deben haber sido para él tus palabras!*", o "*Me alegro de verte*", o "*Te he echado de menos*") o puede ser a través de los hechos (guardarle la comida caliente si llega tarde, ponerle una manta encima si está tumbado en el sofá viendo la tele, acordarse de su cumpleaños aunque no se esté de turno...). Las personas no "nos sabemos" queridas, nos sentimos queridas. Y nos sentimos queridas y apreciadas si las personas nos demuestran afecto de forma expresa. Y esa afectividad no se muestra porque haya un vínculo especial con la persona, sino por el reconocimiento a su dignidad como persona y a su dolor, y por el rol profesional educativo y de cuidado que se asume sobre esa persona.

- **La capacidad para construir vínculos afectivos sanos.** El vínculo, como se ha visto, es un tipo de relación afectiva que conlleva tiempo, apertura emocional y un compromiso. El vínculo, a diferencia de la afectividad, no es una obligación profesional. Es una opción que se da si las dos personas quieren construir un vínculo. Un profesional puede querer vincularse con un niño y que este no le deje y viceversa, un niño o una niña pueden tratar de vincularse con un profesional y que este no les dé oportunidad. En la dinámica de convivencia cotidiana en un clima afectivo y trabajando con niños, niñas y adolescentes con historias de carencias afectivas y abandono, la posibilidad de generar vínculos afectivos surge de forma natural. Pero el equipo educativo ha de ser consciente del privilegio y la responsabilidad que conlleva generar un vínculo afectivo. Privilegio, porque permite modular y transformar los modelos vinculares destructivos que traen los niños, niñas y adolescentes proporcionándoles la experiencia vivencial de un vínculo positivo. Pero responsabilidad, porque si se hace mal, si se generan vínculos inseguros, el daño es mucho mayor. Por lo tanto, como parte de la competencia profesional el equipo educativo ha de tener la capacidad de crear vínculos afectivos sanos y de darse cuenta, de poner conciencia en los vínculos afectivos que se van creando para poder asumir con conciencia la responsabilidad que conlleva. Eso se plasmará en tiempos compartidos, en un compromiso de permanencia que puede ir más allá de los turnos que le toquen (requerirá su presencia en hospitalizaciones del niño, por ejemplo, en períodos de crisis o en sus cumpleaños o celebraciones).

- **La planificación de todas las fases de cada proceso, poniendo especial énfasis a los comienzos y los finales.** Una intervención realizada desde la afectividad consciente es una intervención planificada en todas sus fases. Esto incluye una evaluación previa, un plan de intervención y una evaluación posterior. Dentro de esa planificación, desempeñan un papel importante los comienzos y los cierres de cualquier intervención: el inicio y el final del día, la llegada y la salida de un niño del centro o de un profesional en el equipo educativo, el principio y el final del fin de semana, etc. Un mal comienzo y un mal final de cualquier experiencia cambian su significado afectivo. Es especialmente útil en este sentido que el equipo educativo revise cómo tiene estructurados los comienzos y los finales en el funcionamiento del centro. Generalmente, los comienzos están mucho más cuidados de forma consciente que los finales, porque la vivencia de cierre o despedida afecta emocionalmente y las personas tratamos de acortar los cierres o evitarlos. El cierre del día es un momento en el que a veces los niños, niñas y adolescentes necesitan hablar de cosas para poder elaborar lo que han vivido, pero los profesionales quieren acabar su turno e irse a casa o que se duerman lo antes posible. A la salida de un niño del centro tiende a no dársele el lugar y tiempo necesarios, sobre todo si es una derivación porque ha habido una incidencia o una agresión. O hay que tomar en consideración la cantidad de veces que un profesional del equipo educativo se va al final del turno sin despedirse o se va del equipo porque tiene otro trabajo o por enfermedad o porque le trasladan y no se da opción a cerrar el proceso con los niños, niñas y adolescentes a los que ha acompañado.
- **La mirada consciente y respetuosa al niño, niña y adolescente.** Un profesional que trabaje desde la afectividad consciente ha de ser capaz de ver el dolor de las personas con las que trabaja y entender la conducta como manifestación de ese dolor. Debe al mismo tiempo ser capaz de establecer el hilo narrativo que hay detrás de cualquier conducta, cómo el significado de la conducta se enlaza y se entiende desde la historia de vida de la persona. Por lo tanto, el equipo educativo debe conocer las historias de vida de todos los niños a los que acompaña, no solo las de aquellos de los que son tutores. Y además debe ser capaz de ver los indicadores de trauma y los mecanismos de disociación que la persona pone en marcha para sobrevivir. Esa mirada consciente al dolor es una habilidad que el equipo educativo va adquiriendo en muchos casos con la experiencia. A raíz de acompañar a muchos niños, niñas y adolescentes con historias de dolor, maltrato y abandono aprenden a leer ese dolor en la conducta que presentan y a ver a la persona más allá de la conducta.
- **El abordaje no violento de los conflictos.** La afectividad consciente como competencia profesional es incompatible con cualquier forma de violencia física, emocional o sexual. Por ello, el equipo educativo debe ser capaz de afrontar los conflictos que surgen en el acompañamiento de una forma positiva y no violenta. Debe ser capaz de unir autoridad y afectividad, ser capaz de establecer normas y límites claros pero no hacerlo de forma violenta y debe ser capaz de entender la motivación que subyace debajo del conflicto generado y saber diferenciar los estallidos disociados de la agresión intencional.

1.4. La historia de vida del niño y su modelo vincular

Uno de los ejes que se trabajarán en la revisión del proyecto del centro será el área del desarrollo afectivo del niño: cómo se aborda esa área y cuáles son los objetivos que el equipo educativo debe trabajar en su intervención, de forma que se pueda sistematizar esa área de intervención del mismo modo que se sistematiza el área escolar o el área familiar.

Y uno de los objetivos clave a nivel educativo en esta área es la integración de la historia de vida que debe realizar el niño, niña o adolescente. Que pueda conocer su historia, entender las cosas que le han sucedido y cómo están interrelacionadas entre sí. Que pueda honrar su dolor, reconocer sus fortalezas y sus debilidades y desculpabilizarse de las cosas que le han sucedido. Para lograr todo esto, el equipo educativo deberá trabajar la historia de vida de los niños como parte de su proyecto individual de intervención.

Y uno de los elementos fundamentales que surgirán dentro de la historia de vida es el modelo vincular que el niño ha incorporado fruto de sus experiencias con sus figuras de apego y vinculares. Ese modelo vincular va a condicionar la forma en la que afronte otras relaciones y las expectativas que tenga tanto respecto a sí mismo como respecto a los demás a la hora de confiar en otras personas y abrirse al mundo.

Por eso es importante que el equipo educativo conozca los principales modelos vinculares (Bowlby, 2014) que puede encontrarse, para que pueda reconocerlos y saber cómo trabajarlos en las pautas cotidianas de relación afectiva y educativa con cada niño, niña y adolescente. Para ello se les explica el siguiente esquema:



Fuente: (Horno, 2023)

"En esta gráfica por un lado se representa la dimensión evolutiva, el proceso de crecimiento de una persona que refleja la flecha izquierda. Un bebé recién nacido necesita protección en todas las áreas de su desarrollo. Es un ser en situación de vulnerabilidad extrema incapaz de sobrevivir por sí mismo. Necesita alguien que lo alimente, le cubra si hace frío... Conforme la persona crece, va adquiriendo la autonomía suficiente para ir haciendo muchas cosas por sí misma. Hasta que llega a ser una persona adulta, capaz de su propio autocuidado y protección. Pero esa autonomía se logra si las figuras de apego y vinculares son capaces de equilibrar la protección y la autonomía en el cuidado a la persona y en la relación que establecen con ella. Ese equilibrio, representado en la gráfica entre las dos claves del desarrollo, acabará generando en la persona lo que llamamos la autorregulación emocional, que se puede definir como el equilibrio entre la autonomía y la protección y entre lo emocional y lo somatosensorial". (Horno, 2023b).

De ese modo surgen cuatro categorías de apego que generarán sus correspondientes modelos vinculares:

- El **apego seguro**, donde la figura de apego es capaz de atender las necesidades de autonomía y de protección del bebé y desde ahí le generan la capacidad de autorregulación interna. De forma acorde a su desarrollo evolutivo, primará el ejercicio de la autonomía, de forma que el apego seguro conduce a la persona a la autonomía, a la separación.
- El **apego evitativo** surge cuando la figura de apego se inclina más hacia una excesiva autonomía y no atiende la necesidad de protección del bebé. Con reacciones como "*No me molestes*", "*No tengo tiempo*", "*Ahora no toca*", "*Resuévelo a solas*". De esta forma el bebé aprende que no puede contar con las demás personas para protegerse, que debe ser capaz de hacerlo por sí mismo. Y desde esta experiencia surge un modelo vincular en el que las personas tienen dificultades para generar intimidad porque no se permiten mostrar su vulnerabilidad.
- El **apego ambivalente** aparece, por el contrario, cuando la figura de apego antepone la necesidad de protección a la de autonomía y obliga al bebé a permanecer cerca de ella. Frases como "*Ten cuidado*", "*No salgas, no te muevas, no subas que te vas a caer*", "*Quédate conmigo que aquí estás a salvo*", etc., crean un modelo vincular donde la persona aprende que la protección la obtiene de los demás e incorpora un modelo de relación de dependencia emocional. Son personas que buscan reiteradamente confirmar el afecto que los otros sienten por ellas, muy necesitadas de contacto físico y que tienen dificultades para asumir responsabilidades o tareas individuales.
- El **apego desorganizado** surge cuando no se da ninguna de las tres estructuras anteriores. El apego evitativo y el apego ambivalente, aunque sean apegos inseguros, generan una estructura interna porque las personas pueden desde una experiencia que ha sido más o menos similar siempre anticipar y generar una expectativa sobre las relaciones personales y una estructura interna. La organización externa genera estructura interna. Pero cuando las figuras de apego, por sus circunstancias o características, no son capaces de brindar esa organización externa, ese orden, entonces generan caos interno. Cuando un día dan de comer al bebé cuando llora y otro le dejan llorando porque no pueden atenderle. Cuando un día le dicen que le quieren y al siguiente que se arrepienten de haberlo tenido y le dicen que es un estorbo, entonces no hay estructura. Y además las mismas personas que deben llevar al bebé a acercarse, relajarse y aproximarse (sistema de apego) le generan miedo y ansiedad, activando su sistema de defensa e hipervigilancia. Tres escenarios en los que esto sucede de forma repetida son las familias con problemas de salud mental, las familias donde se da maltrato y las familias con problemas de adicciones. Son familias que, aún en el caso de que quieran a sus hijos e hijas, son incapaces de proporcionarles el cuidado y la estabilidad necesarias para que se sientan seguros y puedan desarrollarse plenamente.

A partir de esas experiencias de apego se genera un modelo vincular (Bowlby, 2015; Crittenden, 2016). Ese modelo vincular será más o menos flexible o rígido en función de lo diversas que hayan sido las experiencias de apego. Muchos niños, niñas y adolescentes han podido construir un apego desorganizado con su madre pero un apego evitativo con su abuela, que les da de comer cuando su madre desaparece de casa y garantiza unos cuidados mínimos que dan seguridad,

aunque de forma fría emocionalmente a menudo. En ese caso, el modelo vincular será una mezcla de ambas experiencias de apego y será un modelo flexible que posibilitará a la persona una mayor capacidad de adaptación que si es un modelo rígido y puro.

En el sistema de protección es muy habitual encontrar perfiles de modelo vincular desorganizado, pero también es muy habitual el modelo vincular rechazante (generado a partir de experiencias de apego evitativo extremas) que, como no suelen presentar una conducta tan alterada y suelen aparentar valerse por sí mismos, no son mirados con atención por el equipo educativo.

1.5. Ejercicio de diagnóstico de fortalezas y debilidades de cada equipo

Este ejercicio se realiza para acabar la sesión con el objetivo de identificar las fortalezas y debilidades que percibe el equipo educativo en sí mismo.

Se les pregunta cómo describirían a los niños, niñas y adolescentes el día que llegan por primera vez al centro, que escriban en post-its qué tres cosas les llama más la atención al verles y las coloquen en el lado izquierdo de la pizarra o de una pared.

Posteriormente se les pide que digan cuáles son las tres cosas que creen que tienen mejores para ofrecerles, sus habilidades, sus potencialidades. Que las escriban igualmente en post-its y los peguen a la derecha de la pizarra o de la pared.

El equipo facilitador organiza los post-its por temáticas. En la visión de los niños, niñas y adolescentes suelen surgir las emociones básicas de la rabia, el miedo y la tristeza y muchos indicadores corporales que dan idea de ese dolor o de la posible negligencia en sus cuidados. Pero siempre aparece una emoción como más predominante. Hay equipos que se fijan sobre todo en el enfado de los niños, equipos que se fijan en su miedo, y equipos en su tristeza.

Lo deseable es lograr que los equipos se centren en la tristeza y el dolor que traen los niños, niñas y adolescentes, que los vean desde el principio. Los equipos con gran nivel de conflicto interno suelen también estar centrados en la rabia de los niños y los equipos que se sienten sobre pasados suelen centrarse en el miedo de éstos.

El equipo facilitador agrupa temáticamente los post-its también de las habilidades que percibe el equipo en sí mismo para identificar sus fortalezas y ver si pueden dar respuesta a las necesidades que han detectado. En el siguiente cuadro se recogen los elementos relacionados entre la visión que tienen de los niños, niñas y adolescentes y las cualidades que les ofrece el equipo. Si un equipo ve, por ejemplo, miedo, y lo que ofrece es límites y rutinas, hay que señalar esa falta de acoplamiento o encaje entre las necesidades de los niños, niñas y adolescentes y la intervención técnica (ver cuadro en página siguiente).

Qué les llama más la atención en los niños, niñas y adolescentes cuando llegan al centro	Cuáles son las tres mejores cualidades que les pueden ofrecer como profesionales
Rabia	Estabilidad, contención, límites, presencia, fuerza, tranquilidad, rutinas...
Miedo	Cuidado, conexión, ternura, comprensión...
Tristeza (mirada vacía, mutismo, sin hablar)	Escucha, ternura, conexión, cuidado, mimo...
Otros: mirada vacía, delgadez, curiosidad, valentía...	

1.6. Ejercicio vivencial de cierre

En las primeras cuatro sesiones, se finaliza el proceso con uno o varios ejercicios vivenciales. Es recomendable realizar aquellos que el equipo facilitador domine. En la primera y segunda sesión, se elige un ejercicio en concreto para poder integrar a nivel vivencial los contenidos trabajados en la sesión. Posteriormente, en la tercera y cuarta se dan varias alternativas de ejercicios a elegir. La dinamización del espacio de cuidado dependerá de cada equipo facilitador.

El ejercicio será acariciar las manos por parejas. Las personas participantes se colocan por parejas. Se sientan mirándose de frente con los ojos cerrados y se toman de las manos. Mientras escuchan la canción, deben acariciar las manos de la otra persona, manteniendo los ojos cerrados y sin hablar. Cuando finaliza la canción, se les da un tiempo para que comparten cómo se han sentido y luego se realiza una puesta en común en el grupo de aquello que quieran compartir. Canción recomendada para este ejercicio: "Ao nosso filho, morena" de Oswaldo Montenegro (enlace oficial: <https://youtu.be/0aFEReKIG38>).

En el marco de la puesta en común, el equipo facilitador tratará de rescatar estos conceptos clave:

- El valor del contacto físico, cómo se puede sentir que se conoce a alguien sin conocerle solo por el contacto.
- Hablamos de procesos. El ejercicio ha ido cambiando conforme avanzaba el tiempo, al principio con menos confianza, más dubitativo, más parado y poco a poco se genera un ritmo común y una mayor apertura que produce una sensación física de calor y conmovedora para muchas personas. Pero ese proceso no se da si las personas no se entregan al proceso, si no se abren.
- De ahí se retoma la relación entre el control y la seguridad. ¿La persona ha podido dejar de controlar y entregarse a la experiencia? ¿O se ha quedado pendiente de si le sudan las manos, si está yendo rápido o no? A la seguridad se llega por la entrega, no por el control.
- La intimidad que genera el contacto físico, y la necesidad de generar un ritmo común para que el ejercicio fluya, que no es el de una persona ni el de otra.
- Hasta qué punto cada profesional se abre emocionalmente a la experiencia con los niños, niñas y adolescentes.
- Revisar los roles, acariciar o ser acariciado, que no es sino un símil de cuidar y ser cuidado. A muchas personas se les da muy bien un rol pero se sienten incómodas con el otro. Es necesario trabajar el rol que peor se nos da y tener en cuenta la reciprocidad en las relaciones afectivas.

SEGUNDA SESIÓN: LA MIRADA AL DOLOR DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE DESDE LA PSICOLOGÍA DEL TRAUMA

Duración:

Entre 3 y 4 horas dependiendo de las necesidades del equipo educativo.

Objetivos:

- Cambiar la mirada del equipo educativo de estar centrada en la conducta del niño, niña o adolescente a una mirada centrada en su historia de vida y las experiencias de trauma que haya podido vivir, de forma que la conducta pase a ser un indicador del estado del niño, no un objetivo de trabajo en sí misma.
- Reconocer las alteraciones cognitivas, afectivas o conductuales derivadas de la alteración del vínculo y de situaciones de maltrato, negligencia y abuso en los niños, niñas y adolescentes residentes en los centros.

Resultados esperados:

- El equipo educativo ha asimilado el concepto de trauma y de disociación.
- El equipo educativo visibiliza la sintomatología internalizadora fruto del trauma.
- El equipo educativo ha comprendido la necesidad de trabajar en equipo los criterios técnicos de análisis para definir una intervención congruente con cada niño, niña o adolescente.
- El equipo educativo integra los indicadores corporales de trauma a sus informes iniciales y de seguimiento.
- El equipo educativo ha vivenciado corporal y emocionalmente algunos de los conceptos clave de la sesión a través de los ejercicios corporales.

SECUENCIA METODOLÓGICA DE LA SESIÓN

2.1. Conceptos técnicos clave de la sesión: trauma, disociación e internalización

Esta sesión es la de carácter más formativo de todo el proceso. La carencia de formación y actualización técnica de los equipos educativos sobre psicología del trauma es llamativa y afecta directamente a su intervención cotidiana. Por ello, será necesario explicar tres conceptos clave: trauma, disociación e internalización.

Una de las claves esenciales es que **el equipo educativo pueda comprender el significado de la historia de vida de los niños, niñas y adolescentes a los que acompañan. Sobre todo, que sean capaces de ver el miedo que han pasado**. Y cómo ese miedo sigue afectándolos, condicionando la relación que establecen con el equipo educativo y paralizando su desarrollo (Romeo, 2023).

TRAUMA

"Definición de trauma: Un trauma es un suceso en que se dan tres elementos:

1. Sigue un evento estresante.
 2. Ese estrés supera la capacidad de respuesta habitual de la persona. (Por intensidad, por desconocimiento, por peligro, por falta de regulación)
 3. La persona encuentra una respuesta de supervivencia, que deja una marca en su funcionamiento".
- (Romeo, 2019, 9)

El evento estresante que origina el trauma puede ser de muchos tipos:

- Violencia en cualquiera de sus formas.
- Abandono de las figuras de apego o negligencia en sus cuidados.
- Accidentes, robos, asaltos, etc.
- Desastres naturales.

Una vivencia se vuelve traumática no solo por el dolor que causa sino sobre todo por el terror que genera en la persona y por la necesidad de guardar silencio sobre lo vivido, de no poder narrarlo a nadie (Aznárez, 2021). Un trauma paraliza a la persona al hacerle sentirse incapaz de sobrevivir a esa experiencia. Le deja una sensación de vulnerabilidad interna. Es fundamental comprender que a veces hechos de una aparente menor gravedad pueden ser más traumáticos porque las circunstancias y las características de quien lo está viviendo le llevan a ese terror. Por ejemplo, perder a un parente es un duelo para cualquier persona, pero en el caso de un niño muy pequeño que pierde a su referente de seguridad en un momento de vulnerabilidad extrema, esa pérdida puede ser traumática por el terror que le genera. Se llama trauma complejo o trauma de desarrollo (López-Soler, 2008) al que se vive en edades tempranas por el daño justamente que genera en el desarrollo y que va a permanecer si no se realiza una intervención temprana y adecuada sobre el mismo.

"El trauma es como una herida que perdura en el tiempo, que sigue doliendo y afectando al funcionamiento diario, que impide relajarse y confiar mucho después de que la violencia haya terminado. Los niños, niñas y adolescentes, al tener su sistema nervioso en desarrollo, son mucho más vulnerables a los efectos de trauma no solo por cómo les afecta en el momento, sino también por las limitaciones que supone a su desarrollo". (Romeo y Horno, 2021, 108).

Del mismo modo, las experiencias de miedo y vulnerabilidad mantenidas y repetidas en el tiempo, aunque sean menos visibles, pueden ser más traumáticas por la permanencia de la sensación de riesgo, que activa los mecanismos de hipervigilancia de la persona.

Y **las consecuencias del trauma serán especialmente graves en el desarrollo si ese trauma viene producido por las figuras de apego del niño, niña o adolescente.** Se habla entonces de un trauma relacional (Straus, 2017) porque daña el modelo de relación afectiva del niño. Y ese daño se generalizará a otras relaciones afectivas en el futuro.

DISOCIACIÓN

La disociación es el proceso que la persona pone en marcha para sobrevivir a un trauma. Este proceso se basa en la desconexión corporal, emocional e incluso racional de la experiencia que se está viviendo para poder garantizar la supervivencia.

"Este fenómeno consiste en que el sistema nervioso 'aparta de la conciencia' las vivencias extremas para permitir que la persona sobreviva, pero hace que la vida quede dividida, con una parte consciente que no recuerda pero que siente un malestar y otra parte inconsciente, que guarda la experiencia sin procesar y afecta a la parte consciente. [...] Sin embargo, disociar no es olvidar: el sistema nervioso recuerda el daño sufrido (y se manifiesta de manera especialmente clara en los síntomas psicosomáticos, por medio de los cuales el cuerpo cuenta el dolor emocional) aunque las partes del cerebro encargadas de la conciencia no lo hagan. De hecho, por eso a veces hace que la persona lleve a cabo acciones para intentar liberarse de esa pesada carga, de ese conjunto de recuerdos, emociones y sensaciones que no han recibido una forma lógica ni una narración que permita elaborarlos".(Romeo y Horno, 2021, 109-110).

En este sentido, la formación del equipo educativo de un centro de protección sobre trauma y disociación es nuclear, porque van a presenciar conductas en los niños, niñas y adolescentes que son indicadores de disociación y que, sin embargo, el equipo puede entender como conductas conscientes e intencionales.

Dos ejemplos claros que suceden a menudo en los centros de protección son los siguientes. Por un lado, los estallidos de rabia y agresión. Es necesario aprender a diferenciar la agresividad intencional de los estallidos disociados. Estos segundos son procesos que se disparan de forma inconsciente, que ellos no pueden controlar y que los llevan a una desconexión sensorial y emocional respecto a sus acciones y sus consecuencias. El otro ejemplo de indicador de disociación muy habitual es la acumulación compulsiva de objetos, sucede a menudo con la comida, pero puede ser con piedras, con basura o con objetos que lleven a quitar cosas a sus compañeros sin ser conscientes realmente de lo que están haciendo.

Es necesario que el equipo educativo logre ver las conductas de los niños, niñas y adolescentes como lo que son: manifestaciones de su dolor. Cuando la persona que recibe esa conducta es capaz de ver el dolor que subyace a ella y que la provoca, puede manejarla sin sentirse agredida, cuestionada o amenazada. Podrá actuar sin sentirse parte de un conflicto, sin ponerse a la defensiva. Su actuación deberá perseguir proteger al niño, a los otros niños y niñas que puedan estar presentes y a sí misma, pero la motivación será la protección y evitar que la situación empeore, no la educación ni la corrección. No en ese momento. La intervención educativa tendrá lugar después, cuando la situación de crisis haya pasado y siempre desde la comprensión del dolor que la ha provocado, pero no en ese momento. Diferenciar la contención emocional del proceso educativo es clave en la intervención en crisis.

DESREGULACIÓN, INTERNALIZACIÓN Y EXTERNALIZACIÓN

Independientemente de que se proporcione al equipo educativo bibliografía donde pueden ampliar los conceptos que se están trabajando en la sesión, es necesario detenerse a trabajar específicamente los indicadores de trauma. Porque el equipo educativo los ve cada día pero, sin el conocimiento adecuado, pueden interpretarlos como conductas intencionales y agresivas en vez de como lo que son: indicadores de la experiencia de trauma que los niños, niñas y adolescentes difícilmente pueden controlar o modular.

Estos indicadores afectan todas las áreas del desarrollo del niño. Existen indicadores corporales, afectivos, conductuales, sociales y cognitivos. En el proceso se pondrá un especial énfasis en que el equipo educativo aprenda a ver los indicadores corporales de trauma. Esos indicadores dan mucha información sobre el estado del niño y la gravedad de su daño.

Pero antes de entrar en los indicadores, es necesario trabajar con el equipo educativo específicamente cómo se pueden manifestar esos indicadores. Cuando una persona se desregula internamente, el daño se puede expresar de dos formas:

- La externalización, cuando el niño, niña o adolescente saca el dolor hacia fuera, tanto corporal como emocionalmente.
- La internalización, cuando el niño, niña o adolescente dirige el dolor contra sí mismo, generando un daño interno de distinto grado.

Cualquier dimensión del ser humano se puede situar en este continuo entre la regulación y la externalización y la internalización. Desde la dimensión corporal hasta la social o la cognitiva.

Algunos ejemplos de cómo distribuir los indicadores serían:

INTERNALIZACIÓN	REGULACIÓN	EXTERNALIZACIÓN
Hipersomnia y sueño ligero	Sueño regular y profundo	Pesadillas e insomnio
Autolesiones	Rabia pero sin agredir	Agresiones a personas y cosas
Hipotonía, no moverse	Movimiento y juego	Exceso de movimiento
Pensamiento obsesivo	Funciones ejecutivas correctas	Problemas de razonamiento
Gran memoria, control de datos	Memoria correcta	Problemas de memoria
Anorexia	Alimentación sana y regular	Obesidad y bulimia

Uno de los problemas más habituales en un centro de protección es que los equipos educativos y el sistema de protección en su globalidad suelen centrar su mirada en la externalización, calificándola de mayor gravedad y más problemática. Indicadores como las agresiones, las fugas, el excesivo movimiento o las pesadillas son atendidos y centran la atención del equipo educativo. Esto ocurre porque son los más difíciles de manejar, sobre todo en una intervención grupal donde es necesario atender la protección de los otros niños, niñas y adolescentes, además de aquel que está manifestando su dolor en ese momento.

Los equipos educativos se centran en aquellas conductas que más les complican el manejo del día a día en el centro. Las reuniones de equipo se centran en los niños con sintomatología externalizadora, dejando aparte a aquellos que tienen sintomatología internalizadora. No solo no se mira a estos niños, niñas y adolescentes, sino que muy a menudo se les califica como "de buena evolución", se dice que "se han adaptado a dinámica". De esta forma, hay niños, niñas y adolescentes con indicadores de parentalización, de estado emocional plano, de falta de movimiento o de un cansancio excesivo que pasan demasiado a menudo desapercibidos.

Y es importante tener presente que, del mismo modo que las agresiones son uno de los indicadores externalizadores de mayor gravedad, el proceso de internalización lleva a las autolesiones y a las somatizaciones físicas, que son indicadores que pueden no verse hasta que adquieran una enorme gravedad.

2.2. Ejercicio sobre los indicadores de trauma

Para trabajar con el equipo educativo los indicadores de trauma, se plantean dos posibilidades de ejercicios a decidir por el equipo facilitador.

2.2.1. EJERCICIO 1 SOBRE INDICADORES DE TRAUMA: TRABAJO DE INDICADORES CON TARJETAS

Se divide al grupo en subgrupos pequeños y a cada uno se le dan quince tarjetas. En cada tarjeta viene recogida una conducta de un niño, niña o adolescente de diferentes edades. Se les explica que cinco de ellas son conductas normales, en el sentido de esperables y habituales por la edad del niño o por estar en el sistema de protección. Otras cinco tarjetas corresponden a conductas que deben ser evaluadas por el equipo como indicadores de externalización. Y otras cinco como indicadores de internalización.

Deben conversar en cada subgrupo hasta llegar a un acuerdo de distribución de las quince tarjetas. Y luego se pone en común en el grupo grande, comenzando por pegar las tarjetas en la pizarra en las que todos los subgrupos han estado de acuerdo. Este es un dato importante, porque si existen valoraciones muy diferentes entre los diferentes grupos es que no ha habido una correcta incorporación de los conceptos de externalización e internalización y es necesario volver sobre ellos. Lo común suele ser que haya tres tarjetas de cada columna en las que coincidan todos los subgrupos porque son muy claras y dos en las que tengan dudas.

El equipo facilitador recolocará alguna de las tarjetas en las que todos los subgrupos han estado de acuerdo si está erróneamente calificada. Y posteriormente se conversará en el grupo acerca de

aquellas conductas sobre las que ha habido desacuerdo y por qué. En el cuadro vienen reflejadas con flechas algunas tarjetas que se pueden mover de una categoría a otra desde determinados criterios. El cuadro resultante debe ser el siguiente:

INDICADORES DE INTERNALIZACIÓN	CONDUCTAS NORMALES	INDICADORES DE EXTERNALIZACIÓN
Una adolescente cuida siempre de los pequeños del hogar los fines de semana, les ayuda a comer, con los deberes y les acuesta.	Un niño de tres años tira las cosas constantemente al suelo, incluso cuando la educadora le dice que no lo haga.	Una niña se mete a menudo en peleas con jóvenes mayores que ella, retándoles.
Un adolescente se tira de los pelos de las cejas y se los arranca cuando está nervioso.	Una adolescente se niega a ir al colegio durante una semana.	Un adolescente hace bromas sexuales ante cualquier intervención de la educadora.
Una niña de siete años siempre tiene ojeras.	Un niño de cuatro años pregunta varias veces qué pasa con la gente cuando se muere y si su familia está muerta.	Una niña de ocho años se fuga del hogar con chicas mayores que ella.
Un niño de tres años siempre obedece a los adultos, y no dice que no a nada de lo que se le ofrece.	Una niña de once años acusa a la educadora de ser una mentirosa, de no quererla y de estar ahí porque le pagan.	Un niño falta repetidamente a la actividad organizada en el programa aunque su familia sí asiste.
Una niña fantasea inventando historias de su familia, sobre las cosas que le regalan o la casa donde irá a vivir cuando vengan a buscarla.	Un niño de tres años se masturba delante de otras personas.	Una niña esconde comida debajo de su cama.

Criterios técnicos sobre los ejemplos de indicadores internalización

Estas son las claves que se deben ofrecer para justificar los casos vistos. Cada criterio explica uno de los casos, en el mismo orden que la tabla.

- Parentalización. Cuando el niño, niña o adolescente invierte los roles y asume tareas de cuidado que no le corresponden por edad, para las que puede no estar ni sentirse preparado y que niegan su propia necesidad de seguridad y cuidado.
- Autolesiones. Conductas auto lesivas desde sus manifestaciones más sutiles como arrancarse los pelos de las cejas hasta las más evidentes como los cortes o golpearse a sí mismo.
- Somatizaciones. Problemas físicos derivados de estados de ansiedad y estrés mantenidos en el tiempo. Pueden variar desde pequeñas somatizaciones como las ojeras hasta cuadros psicosomáticos graves. En este caso, las ojeras son una somatización pequeña que puede ser por no dormir o por dormir demasiado.

- Excesiva obediencia. Un niño que se siente seguro trata de cruzar los límites en varios momentos, quiere explorar, salir, jugar y en determinados momentos puede costar lograr que siga una pauta. Cuando un niño, niña o adolescente es demasiado obediente, demasiado “bueno” o complaciente ha de ser visto como indicador de daño en su desarrollo, porque anula su iniciativa, sus deseos y sus necesidades.
- Fantasía que rompe con la realidad. La fantasía es un elemento positivo y fundamental en el desarrollo de un niño o niña, pero cuando esa fantasía incluye elementos que rompen con la realidad (como inventarse a una persona y tratarla como si existiera o inventarse que se tiene un objeto físico que no está o que nunca ha existido) es un indicador que debe ser atendido. Y esta tarjeta sirve para explicar la diferencia entre la mentira disociada, muy habitual en los niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección, de la mentira intencional. Una mentira intencional es una mentira con sentido (mantiene una lógica con las circunstancias, resulta creíble), con utilidad (si es creída proporciona algún beneficio) y que no rompe con la realidad. Una mentira disociada es una mentira que no tiene sentido (no tiene veracidad), que rompe con la realidad (por ejemplo, negar que se ha cogido algo que se tiene en la mano) o que es inútil e innecesaria (decirla no conlleva ningún beneficio externo, sino que, al contrario, puede generar rechazo por increíble).

Criterios técnicos sobre los ejemplos de conductas normalizadas

Estas son las claves que se deben ofrecer para justificar los casos vistos. Cada criterio explica uno de los casos, en el mismo orden que la tabla.

- Tirar las cosas es una conducta de exploración habitual en los niños más pequeños.
- Faltar al colegio es una conducta habitual en una adolescente, pero será necesario averiguar si le está sucediendo algo que cause el no querer asistir al centro educativo. Si fuera así, sería un indicador de externalización porque dejando de ir al colegio está haciendo visible el problema que está viviendo.
- Cuatro años es la fase en la que se toma conciencia sobre la muerte y es normal que los niños y niñas de esa edad pregunten por la muerte.
- La acusación al equipo educativo de estar ahí porque le pagan es normal en niños, niñas y adolescentes del sistema de protección. Este indicador se incorpora como guiño al equipo educativo y que vean que parte de las cosas con las que les pueden acusar los niños con los que trabajan son verdad y no deben verlas como agresiones.
- La masturbación a los 3 años es normal, es una fase de autoexploración, y se puede dar en público por la falta de conciencia sobre la necesidad de vincular la sexualidad a la intimidad y a la privacidad.

Criterios técnicos sobre los ejemplos de los indicadores de externalización

Estas son las claves que se deben ofrecer para justificar los casos vistos. Cada criterio explica uno de los casos, en el mismo orden que la tabla.

- Agresiones. Los conflictos violentos reiterados deben ser considerados como externalización, sobre todo cuando conllevan situaciones de riesgo como pelearse con personas más mayores ante las cuales se va a salir dañado.
- Compulsión. Las bromas de contenido sexual dirigidas especialmente contra una persona en concreto son un indicador de externalización, tanto por el carácter obsesivo que hay detrás de la compulsión hacia una persona concreta como por el carácter agresivo de las bromas sexuales.
- Fugas. Las fugas son siempre indicadores de externalización del malestar emocional y así debe poder verlas el equipo educativo.
- Boicotear. Faltar a una actividad de forma repetida, sobre todo cuando la familia sí está asistiendo, es un claro indicador de externalización por parte del niño. Lo que quiere decir es que no se cree el proceso de la familia, que no confía y que no quiere participar y lo expresa con sus actos. Del mismo modo, es lo que sucede cuando los niños, niñas y adolescentes no van a las sesiones de terapia o llegan tarde reiteradamente.
- Acumulación. La comida es un elemento de seguridad emocional y es normal en los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección acumularla. Es el elemento de compulsión, de acumulación compulsiva el que debe hacer valorarla como externalizadora. Puede ocurrir con otras cosas: piedras, cordones de zapatos, basura, etc. El equipo facilitador deberá indicar que será necesario valorar si es debido a un trastorno de la alimentación en cuyo caso sería internalización, de ahí la flecha.

Las confusiones más habituales suelen ser las siguientes:

- Confundir la externalización con hacer cosas e internalización con dejar de hacer cosas. El indicador de la adolescente que ha dejado de ir al colegio o el del niño que se niega a ir al programa al que va su familia son ejemplos claros de cómo dejando de cumplir una tarea se puede estar externalizando un malestar emocional.
- Conductas que son normales en una etapa del desarrollo no lo son en otra. Por ejemplo, la masturbación en público a los tres años debe ser considerada como normal, sin embargo, a los seis o diez años que ya debe haberse incorporado claramente el concepto protector de la intimidad vinculado a la sexualidad, pasaría a ser un indicador externalizador.
- Hay conductas que son normales en los niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección por su historia de vida y las circunstancias en las que viven que no lo serían para un niño en una familia protectora. Por una parte es necesario que el equipo educativo vincule el concepto de "normalidad" al desarrollo evolutivo esperable y deseable en cualquier niño, no a lo que es habitual en el sistema de protección. Que algo sea habitual en niños, niñas y adolescentes del

sistema de protección no significa que sea normal. Al mismo tiempo, sí es importante ser conscientes de las diferencias que implica la historia de trauma que traen muchos niños, niñas y adolescentes del sistema de protección. Por eso, el criterio que a menudo usa el equipo educativo de hacer las cosas del mismo modo que las hacen con sus hijos e hijas no es válido en este caso.

- Confundir la manifestación externalizadora del dolor con una conducta intencionalmente agresiva o en contra de la autoridad. Existen los estallidos disociados, donde el niño pierde el contacto emocional con el entorno, la mirada se le queda vacía y no distingue a quién ni a qué está agrediendo. Son estallidos muy agudos pero breves en el tiempo. Ese tipo de estallidos se contienen, el equipo educativo no debe hablar ni intentar reconducirlos educativamente. Un estallido disociado es muy diferente a una agresión intencional, donde la persona mantiene la conexión emocional con la otra persona y con el entorno donde está. Diferenciar ambos tipos de estallidos es esencial para enfocar adecuadamente la intervención educativa, independientemente de que en ambos el niño, niña o adolescente agrede. Lo mismo ocurre con las fugas. Detrás de la realidad de las fugas hay muchas y diversas motivaciones: fugas para ver a sus familias, fugas para consumir, fugas porque no sostienen la vida en el centro o fugas como forma de oposición a la autoridad. Y cada una de ellas requiere una intervención educativa diferente, aunque todas ellas requieran la contención emocional inicial del equipo educativo al niño o adolescente cuando vuelve al centro, con un abrazo, una expresión de preocupación y una comida caliente.

2.2.2. EJERCICIO 2 SOBRE INDICADORES DE TRAUMA: UN MAPA DE INDICADORES

Este segundo ejercicio (adaptado de Romeo, 2020b, 19-21), se puede utilizar por sí solo o como complemento al anterior. Aunque puede parecer más teórico, esta actividad sirve para que el equipo técnico profundice en el uso de una terminología común respecto al trauma. Además, a menudo es una ocasión para que se mencionen casos particulares, en los que se pueden conceptualizar mejor las consecuencias del trauma, poniendo cara y nombres a indicadores concretos, en el pasado o en la actualidad del centro de protección.

Para realizar este ejercicio se divide el conjunto de participantes en dos o tres grupos y se les encarga que elaboren una lista de consecuencias e indicadores de trauma en niños, niñas y adolescentes, organizados en las categorías siguientes:

- Indicadores físicos.
- Indicadores psicosomáticos.
- Indicadores emocionales.
- Indicadores cognitivos.
- Indicadores comportamentales.
- Indicadores sexuales.
- Indicadores sociales y relaciones.
- Indicadores de disociación.

El equipo facilitador pasa por los distintos grupos para ofrecer algunas ideas y fomentar la discusión técnica. Cuando los grupos han completado un listado que les resulta satisfactorio, se

invita al conjunto de participantes a volver al grupo grande, y se va cotejando qué ha formulado cada grupo en su listado. Para favorecer la conversación, resulta más dinámico ver qué han propuesto todos los grupos pequeños en una categoría antes de pasar a la siguiente. Mientras cada grupo va compartiendo los indicadores de su categoría, el equipo facilitador va confirmando la clasificación o propone otras alternativas. En este sentido, es importante ir trabajando los distintos indicadores como externalizadores o internalizadores, en la línea del ejercicio 1.

Es conveniente proporcionar en papel una copia de los indicadores trabajados, para que cada profesional pueda consultarla en su práctica diaria y para que sirva de referencia para las sesiones de supervisión. Se presenta a continuación un modelo de referencia, que se puede adaptar según los grupos destinatarios.

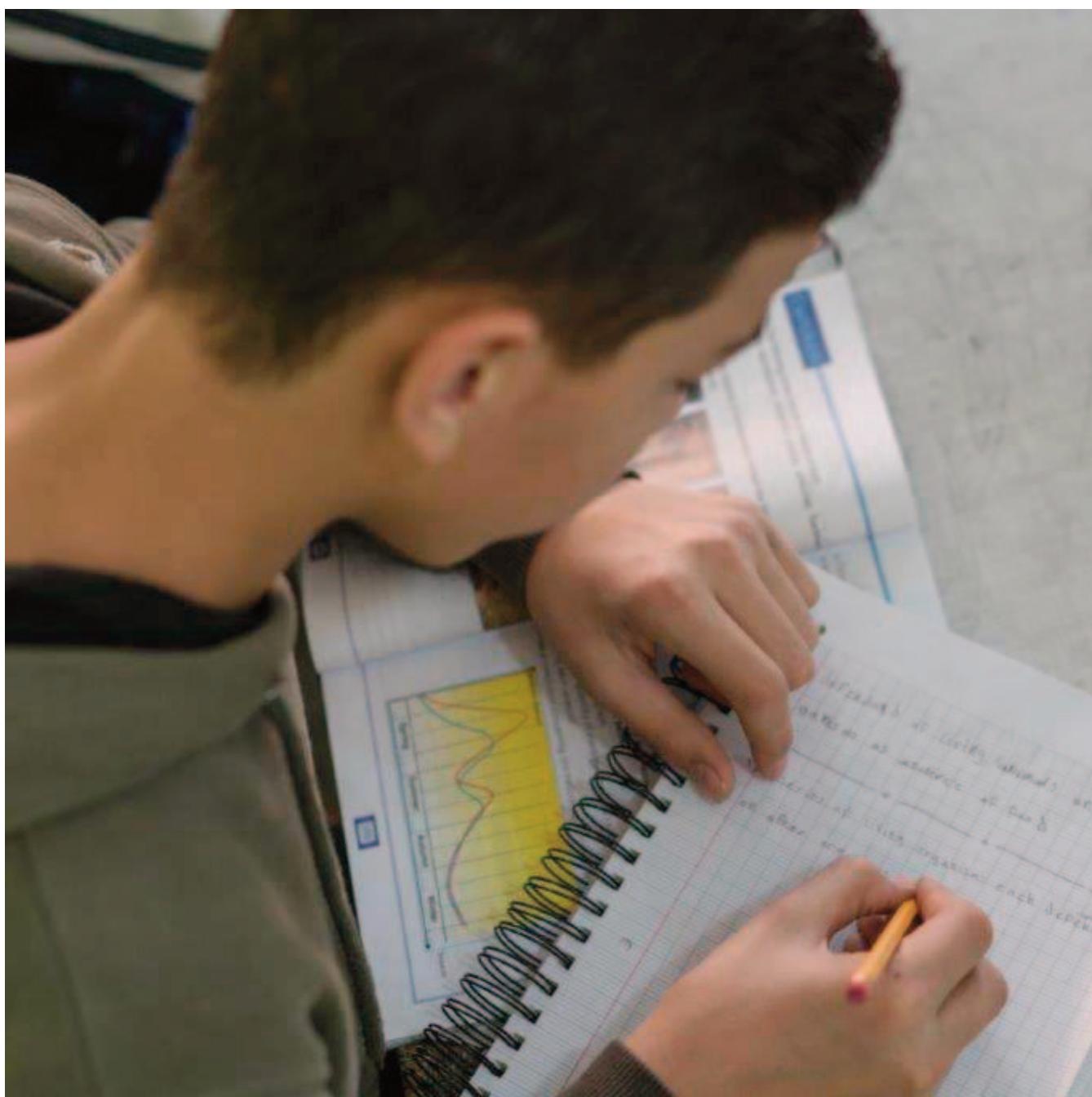


TABLA RESUMEN DE INDICADORES DE TRAUMA (Romeo, 2019, 58-59)

<p>FÍSICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cicatrices y otras marcas físicas. • Afectación de zonas cerebrales (hasta que se reconduzca el trauma). • Indicadores fisiológicos de estrés (cortisol, activación neuronal, parámetros internos...). • Problemas en el desarrollo sensoriomotor (falta de coordinación, de equilibrio, caídas y accidentes frecuentes). • Problemas de tacto: hipersensibilidad o analgesia. 	<p>PSICOSOMÁTICOS</p> <p>Se expresan en el cuerpo, pero tienen origen psicológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolores crónicos y otros trastornos psicosomáticos. • Problemas de sueño (y pesadillas). • Problemas de alimentación (incluyendo anorexia y bulimia). • Problemas de eliminación: enuresis, encopresis, estreñimiento o diarreas mantenidas.
<p>EMOCIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Culpa y vergüenza, depresión y baja autoestima. • Autoconcepto negativo: autobiografía narrativa fragmentada y desconectada, imagen corporal perturbada y modelos internos negativos del ser. • Miedo, ansiedad. • Rabia y agresividad. • Mal manejo del afecto: agresión o sumisión. • Dificultades en la regulación emocional. • Dificultades para identificar y expresar emociones y estados internos. • Dificultades para comunicar necesidades y deseos. • Dificultades para la compasión y la autocompasión. 	<p>COGNITIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retraso en el desarrollo cognitivo. • Problemas de atención (hiperactividad) y de concentración: dificultad para completar tareas. • Problemas en el desarrollo del lenguaje. • Trastornos del aprendizaje. • Bajo rendimiento escolar. • Problemas en funciones ejecutivas (juicio, planificación, iniciación). • Falta de curiosidad.
<p>COMPORTAMENTALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas en el control de impulsos: impulsividad y dificultades con las normas. • Problemas para calmarse y autorregularse. • Conductas agresivas (y delictivas). • Conductas autodestructivas y suicidas. • Consumo de sustancias (alcohol y drogas) y conductas adictivas. • Comportamiento desafiante. • También ausencia de problemas: "chico o chica excesivamente dócil y amable". • Juegos o conductas que actúan el trauma pasado. 	<p>SEXUALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conductas sexuales inapropiadas: masturbación compulsiva, caricias bucogenitales, niños, niñas y adolescentes como objeto sexual. • Agresiones sexuales a otros niños, niñas y adolescentes. • Conocimientos sexuales impropios. • Conductas sexuales de riesgo. • Dificultades para la intimidad sexual (promiscuidad o retraimiento). • Fobias y disfunciones sexuales. • Riesgo de violación en el futuro.
<p>SOCIALES Y RELACIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en el apego y las relaciones vínculares. • Problemas con los límites personales. • Falta de confianza, suspicacia. • Aislamiento social. • Dificultad para percibir y responder a los estados de ánimo de las personas. • Conductas antisociales. • Revictimización y transmisión transgeneracional de patrones. 	<p>TIPOS DE SÍNTOMAS DISOCIATIVOS</p> <p>(González, 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amnesia: no se recuerda el hecho ("No recuerdo que me haya ocurrido"), se mantiene fuera de la vida diaria. • Despersonalización / desrealización: sensación de distancia, de alejamiento del evento o del propio yo ("En realidad eso no me ocurrió a mí, sino a mi cuerpo"). • Fragmentación de la conciencia: partes internas desconectadas (y que pueden oscilar, como entre agresor poderoso y víctima indefensa).
	<p>INDICADORES DE DISOCIÓN</p> <p>Los indicadores son difíciles de evaluar. Algunos más evidentes son (Waters, 2016):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mirada perdida o en blanco, o movimientos extraños con los ojos. • Alucinaciones visuales o auditivas (diferentes de psicosis). • Cambios extremos de estado de ánimo. • Cambios extremos de comportamiento y gustos. • Honestamente no recordar haber hecho cosas. • Progreso inadecuado pese a estar en un entorno seguro. • Múltiples diagnósticos diferentes previos, sin éxito.

2.3. La atención a los indicadores corporales del trauma

Una vez trabajados todos los indicadores de trauma, es necesario poner énfasis en los indicadores corporales de trauma. El motivo es que estos indicadores a menudo no son vistos como tales y sin embargo permiten ver el trauma en su verdadera magnitud.

Por lo tanto, uno de los últimos objetivos del equipo facilitador en esta explicación y a lo largo de todo el proceso (en las sesiones finales de supervisión de casos se insistirá mucho de nuevo en este aspecto) será que el equipo educativo aprenda a ver los indicadores corporales de trauma. Son indicadores que se pueden ver en los niños, niñas y adolescentes sin que ellos nos lo digan (Van der Kolk, 2017) o siquiera sean conscientes de estar manifestándolos, y nos permiten detectar una historia de trauma no conocida, además de valorar su evolución en el centro.

Los indicadores corporales de trauma más importantes a ser visibilizados son los siguientes:

- Desregulación de la temperatura corporal: niños, niñas y adolescentes que van en camiseta de manga corta en invierno o que tienen frío en verano. Como indicador de buena evolución, deben llegar a ponerse jerséis cuando haga frío sin que el equipo se lo diga.
- Umbral alto del dolor: niños, niñas y adolescentes que se caen, se chocan, se hacen heridas y ni siquiera se dan cuenta, o que tienen mucha fiebre y dicen no encontrarse mal. Subir el umbral del dolor es un mecanismo que una persona que ha vivido situaciones de trauma repetidas pone en marcha para desconectarse del dolor físico y emocional hasta que no es gravísimo.
- Alteraciones de sueño: no solo las pesadillas, sino el sueño ligero por el que se despiertan muchas veces a lo largo de la noche, los terrores nocturnos, el no poder dormir solos o necesitar hacerlo en el suelo o debajo de una cama. También van en este ámbito los que duermen mucho, que les cuesta mucho levantarse, que siempre parecen cansados.
- Somatizaciones de diversa índole: dolores de causa exógena, enfermedades sin causa aparente, con especial atención al sistema dermatológico y el sistema digestivo. El estreñimiento crónico, la diarrea crónica y la encopresis son tres indicadores que deben ser vistos como indicadores de trauma.
- Dificultades con la comida: las alteraciones con la comida de diversa índole son indicadores muy habituales en personas con historia de trauma. De hecho ya existe investigación que vincula los trastornos de alimentación como la bulimia o la anorexia con historias de abuso sexual y maltrato infantil. Pero sin llegar a los trastornos de alimentación, hay otros indicadores con la comida: acumularla, esconderla, negarse a comer sentado o delante de otras personas. La comida es un elemento que experientialmente nos conecta con la vida. Cuando se han vivido experiencias de trauma, la comida adquiere un valor afectivo que debe ser tratado con sumo cuidado. Por eso no se puede castigar con la comida, además de porque es un derecho humano básico.
- La mirada vacía, inexpresiva y falta de reacción. Esa mirada que cualquier profesional que haya trabajado en un centro de protección conoce y que ha de ser vista como lo que es: un indicador de trauma.

- Falta de regulación del contacto físico: o lo buscan en exceso, de forma indiferenciada, con cualquier persona a la que acaban de conocer o no soportan el contacto físico, que se les toque.
- Problemas de coordinación motora con caídas tontas y recurrentes. Cuando una persona tiene unos niveles muy altos de estrés, sea o no consciente de ello, le falla la coordinación visomotora y calcula mal los espacios y las distancias y se cae y se tropieza más a menudo. En los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección es algo habitual.

2.4. Ejercicio vivencial de cierre

Para finalizar esta segunda sesión e integrar vivencialmente los contenidos trabajados, se realizará un ejercicio vivencial. El ejercicio será “Caminar sin ver”. Las personas se dividen por parejas. Una persona cierra los ojos y se deja guiar por la otra por la sala mientras dura la música. La persona la puede guiar de diferentes formas, apoyando las manos en los hombros, cogiéndola del brazo, poniéndose delante o atrás, tomándola de las manos, o incluso sin tocarla, dejándola caminar sola cuidando de que no se choque. Canción recomendada para este ejercicio: “Thank you for hearing me” de Sinéad O’Connor (enlace oficial: <https://youtu.be/MXyGEw8IHG8>).

Elementos de reflexión a recuperar por el equipo educativo:

- La oscuridad como generadora de miedo por la falta de control. Que el equipo educativo piense en todos los niños, niñas o adolescentes que tienen miedo a dormir a oscuras, que necesitan una luz o la presencia de alguien.
- El ajuste sensorial y emocional que hace falta para un proceso de acompañamiento. ¿Han escuchado las señales que emitía la persona que iba con los ojos cerrados? ¿Les han dado respuesta?
- Tipos de acompañamiento: imponer, guiar o acompañar. ¿Quién ha decidido la forma de guiar? ¿Lo ha decidido quien guía o lo ha acordado con la otra persona? ¿Quién marca el ritmo, la persona que guía o la persona que es guiada? El equipo educativo debe pensar en la cantidad de decisiones que toman por los niños, niñas y adolescentes sin consultarles ni hacerles partícipes. Desde decisiones sobre actividades a las que les apuntan, ir o no a terapia, ver o no a sus familias, o los objetivos de su proyecto individual, hasta las más pequeñas de cuándo levantarse, o de cuándo ducharse, si por la mañana o por la noche.

2.5. Tarea para casa

CONSIGNA

“Leed el proyecto educativo del centro desde la perspectiva de lo que hemos trabajado y decidnos qué cosas os llaman la atención. Escribid lo que queráis sabiendo que los trabajos serán anónimos, solo los leerán el equipo facilitador, entre una y dos páginas basta”. Debe ser una pauta suficientemente ambigua para que las personas puedan escribir también sobre la realidad que viven en el centro.

TERCERA SESIÓN: REVISIÓN DEL PROYECTO EDUCATIVO DEL CENTRO

Duración:

Entre 3 y 4 horas dependiendo de las necesidades del equipo educativo.

Objetivos:

- Disponer de herramientas educativas actualizadas tras una revisión integral participativa: el Proyecto Educativo, el Reglamento de Régimen Interno y otros instrumentos empleados.
- Revisar, a través de los trabajos enviados por los miembros del equipo educativo, el grado de asimilación de los contenidos trabajados en las dos sesiones teóricas anteriores.
- Analizar el proyecto educativo desde el marco teórico trabajado en las sesiones previas del enfoque de derechos, la psicología del vínculo y la psicología del trauma, poniendo énfasis en la revisión de protocolos claves en la intervención (protocolo de acogida, de cierre, de salidas no autorizadas...).
- Incorporar el área de desarrollo afectivo en el proyecto educativo del centro.
- Evaluar las fortalezas y dificultades en la comunicación y coordinación del equipo educativo para una adecuada intervención.
- Proporcionar al equipo pautas de autoconocimiento, autocuidado afectivo y de toma de conciencia a través de los ejercicios corporales.

Resultados esperados:

- La coordinación del centro ha modificado el proyecto educativo del centro para hacerlo congruente con el modelo propuesto, en dos sentidos:
 - Incorporando al proyecto educativo del centro los conceptos clave del modelo propuesto: afectividad consciente, vínculo, trauma, disociación, elaboración de la historia de vida, etc.
 - Eliminando del proyecto educativo del centro los elementos incompatibles con el modelo propuesto: sistemas de refuerzo y castigo, enfoque evaluador, etc.
- El equipo educativo ha consensuado las rutinas cotidianas en las que plasmar el modelo de intervención propuesto.
- El equipo educativo ha vivenciado corporal y emocionalmente los conceptos clave trabajados en la sesión.

SECUENCIA METODOLÓGICA DE LA SESIÓN

3.1. Devolución de los puntos clave surgidos en los trabajos individuales

El equipo facilitador analizará previamente los contenidos de los trabajos enviados por el equipo educativo de forma anónima y hará una devolución de los contenidos surgidos, enlazándolo con el análisis del proyecto educativo del centro y las dificultades surgidas en la intervención cotidiana. En esta devolución se unificarán temáticas garantizando el anonimato de las aportaciones individuales. Cuando se acabe el proceso de formación, esos trabajos serán destruidos.

Algunos de los aspectos fundamentales que se analizarán a la hora de revisar los trabajos para la posterior devolución tendrán que ver con:

- La coherencia entre lo que está por escrito en la documentación del centro y la intervención que se realiza.
- La capacidad crítica y reflexiva para revisar la intervención actual y ajustarla al nuevo modelo planteado.
- Se agruparán en temáticas las reflexiones que más se repiten en los miembros del equipo educativo para el posterior diálogo y puesta en común.
- Se expondrán (siempre respetando la confidencialidad de las personas) aquellas reflexiones que señalen un mayor desajuste entre lo que el proyecto plantea como base de la intervención y lo que realmente se considera que se está haciendo.
- Se señalarán aquellas situaciones que los miembros del equipo educativo reflejan en sus trabajos y que consideran que afectan al adecuado funcionamiento del centro (trabajo en equipo, respeto de los canales de comunicación, liderazgo, espacio físico, cumplimiento de los acuerdos...).

3.2. Revisión del contenido del proyecto educativo

El equipo facilitador revisará el proyecto educativo desde las siguientes claves:

- Cuántas veces se mencionan palabras clave en la intervención desde el modelo de la mirada consciente, como "afecto", "vínculo", "relación", "consciencia", "modelos vinculares", "abrazos", "miradas" ..., en comparación con palabras del tipo "control", "conducta", "castigo", "normativa", "consecuencias", "faltas" ...
- El marco teórico en el que se basa la filosofía del proyecto, poniendo énfasis en si contempla algunos de los aspectos fundamentales de la psicología del vínculo y de la psicología del trauma.
- Revisar el enfoque aplicativo del proyecto educativo y señalar si únicamente tiene un enfoque administrativo-burocrático.
- Comentar el desarrollo del área de desarrollo afectivo dentro del proyecto.
- La mirada a la participación infantil y adolescente en el centro: si se habla de "consulta", de "participación" o de "protagonismo" (ver especialmente el capítulo "¿Consulta, participación o protagonismo?" en Hornero y Romeo, 2021, 88-98).
- Las funciones del equipo educativo, contrastando si únicamente se mencionan las relacionadas con los aspectos técnicos burocrático-administrativos ("elaborar", "ejecutar", "planificar", "supervisar", "dirigir", "proponer", "coordinar", "gestionar" ...), o si también se señalan y enfatizan las funciones que profundizan en el área relacional y vincular ("acompañar", "contener", "vincularse", "regular", "escuchar" ...).
- Los protocolos de intervención instaurados en el centro, dando especial énfasis a los protocolos de acogida y cierre.

3. 3. Delimitar los cinco objetivos del área de desarrollo afectivo

Una vez analizadas las fortalezas y debilidades del proyecto educativo y los cambios que han de hacerse, se centra el análisis en incorporar los objetivos del área afectiva al proyecto educativo. Los objetivos a trabajar en este área son los siguientes:

- 1.** Generar un entorno seguro y protector que proporcione a los niños, niñas y adolescentes la seguridad emocional necesaria para su desarrollo pleno a nivel físico, psicológico y social (este debería ser el objetivo general del proyecto educativo completo, pero si no lo es, deber ser el objetivo principal al menos del área afectiva).
- 2.** Contribuir a la integración de la historia de vida del niño, niña o adolescente, construyendo un relato positivo y resiliente de la misma.
- 3.** Flexibilizar los mecanismos disociativos que presentan los niños, niñas y adolescentes fruto de las experiencias de trauma que han vivido en su desarrollo.
- 4.** Promover modelos vinculares positivos que permitan a los niños, niñas y adolescentes flexibilizar los modelos afectivos dañinos que puedan traer incorporados fruto de su historia de vida.
- 5.** Promover una red afectiva positiva que incluya referentes externos al entorno del hogar de protección (sus iguales, el centro educativo, las actividades de ocio y deporte, las familias colaboradoras...).

3. 4. Ejercicios vivenciales sobre las relaciones afectivas

Es recomendable realizar algunos ejercicios corporales que el equipo facilitador domine. A modo de ejemplo se proponen los siguientes, aunque la dinamización del espacio de cuidado dependerá de cada equipo facilitador.

EJERCICIOS CORPORALES

- Caminar de la mano. Las personas participantes se toman de la mano por parejas y caminan por la sala mientras dura la música. El equipo facilitador indica dos o tres veces durante la canción “cambio” para que las personas tengan que buscar una pareja diferente. De esta forma tienen la experiencia de caminar con tres personas diferentes con las dificultades que conlleva adaptarse y encontrar un ritmo común en el caminar. Canción recomendada para este ejercicio: “Caminando por la calle” de Gipsy Kings (enlace oficial: https://youtu.be/SY6Ywx4MI_E).
- Cuidado a una persona entre dos. Las personas participantes se distribuyen por tríos. Una persona se coloca en el centro y se tumba, cierra los ojos y durante el tiempo que suena la canción se centra en su respiración. Las otras dos personas se colocan a cada lado de la persona y colocan sus manos en su tripa para seguir el ritmo de su respiración. No deben apretar ni forzar el ritmo, solo acompañarlo de forma que la persona sienta su presencia. Al acabar la canción, ayudarán a la persona a incorporarse y la abrazarán con delicadeza. Canción recomendada para este ejercicio: “Photographs” de Nana Mouskouri (enlace oficial: <https://youtu.be/JtbraijFj40>).

- Rondas grupales que se rompen y reúnen. El equipo facilitador da la pauta de que las personas se cojan de las manos en pequeños grupos de tres o cuatro personas. Se les propone que bailen la canción en grupo tomados de la mano y que cuando lo sientan, prueben a cambiar de grupo. Cuando vayan a dejar el grupo deben despedirse sin hablar y tratar de que las manos de las dos personas que la tenían tomada de la mano queden unidas de forma que el círculo se mantenga. El equipo facilitador durante el tiempo que dure la canción instará a las personas con consignas varias a cambiar de grupo en varias ocasiones. La experiencia del miedo al cambio, de no saber si encontrarán otra ronda a la que unirse, el miedo a quedarse a solas, un cierto caos cuando varias personas deciden cambiar al mismo tiempo... son varias experiencias las que se viven en este ejercicio. Canción recomendada para este ejercicio: "That's amore" en versión de Pilade (enlace autorizado: <https://youtu.be/I1AkPGH9Ymw>).

Elementos de reflexión a recuperar por parte del equipo educativo:

- El ajuste sensorial y emocional necesario para el proceso de acompañamiento. No es mi ritmo ni el del otro, es un ritmo común que se construye. Como adultos, a veces nos es difícil ajustarnos a los ritmos de los niños, niñas y adolescentes; pero cuando tienen historias de trauma nos cuesta más porque suelen ser ritmos extraordinariamente lentos.
- El cuidado compartido implica una comunicación clara entre las personas que cuidan: la importancia del equipo en el funcionamiento del centro de protección. Que el equipo funcione como tal, se escuche, genere códigos compartidos.
- Los miedos en los cambios relationales: miedo al abandono, a quedarme solo, a no encontrar otro lugar, a abandonar un lugar donde me siento a gusto, a que me rechacen.... Es importante pensar en la historia de vida de los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección que han tenido que cambiar de lugar varias veces a lo largo de su vida con el miedo y la pérdida de referentes afectivos que eso conlleva.

EJERCICIO DE VISUALIZACIÓN

Se realiza un ejercicio de toma de conciencia sobre la importancia de la relación positiva con adultos que transmitan seguridad y afecto como clave en la intervención con niños, niñas y adolescentes.

Se pide a los miembros del equipo que recuerden a una persona adulta que fuese un referente positivo en su infancia o adolescencia. Se realiza una visualización con los ojos cerrados y el silencio, recordando los motivos más significativos vividos con ese adulto.

Durante la visualización, el equipo facilitador realiza unas preguntas relacionadas con los tres centros (o niveles de procesamiento interno) que se trabajaron durante la primera sesión de formación (cabeza, corazón y tripas):

- ¿Qué sensaciones corporales aparecen en mí cuando recuerdo a esta persona?
- ¿Qué emoción o emociones siento cuando recuerdo a esta persona?
- ¿Qué pensamientos e ideas aparecen en mi mente cuando recuerdo a esta persona?

Al finalizar la visualización, se comparte en tríadas la experiencia vivida.

Para finalizar, el equipo facilitador plantea a los miembros del equipo que expongan las cualidades y actitudes que esos referentes adultos positivos poseían y que ellos identificaban. Todas las cualidades y actitudes positivas se anotan en una pizarra, quedando un listado amplio para revisar.

El equipo facilitador lee en voz alta todas las cualidades positivas que se han anotado y plantea a los miembros del equipo si esas mismas cualidades no podrían ser las mismas que se pedirían como requisitos de un educador o educadora que trabaja en el centro. Se fomenta la reflexión y el diálogo en el equipo.

3.5. Tarea para casa

CONSIGNA

"Leed el reglamento del centro desde la perspectiva de lo que hemos trabajado y decidnos qué cosas os llaman la atención. Escribid lo que queráis sabiendo que los trabajos serán anónimos, solo los leerán el equipo facilitador, entre una y dos páginas basta". Debe ser una pauta suficientemente ambigua para que las personas puedan escribir también sobre la realidad que viven en el centro.



CUARTA SESIÓN: REVISIÓN DEL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO

Duración:

Entre 3 y 4 horas, dependiendo de las necesidades del equipo educativo.

Objetivos:

- Disponer de herramientas educativas actualizadas tras una revisión integral participativa: el Proyecto Educativo, el Reglamento de Régimen Interno y otros instrumentos empleados.
- Analizar el reglamento del centro desde el marco teórico trabajado en las sesiones previas del enfoque de derechos, la psicología del vínculo y la psicología del trauma.
- Analizar las rutinas cotidianas del centro desde el marco teórico trabajado en las sesiones previas del enfoque de derechos, la psicología del vínculo y la psicología del trauma.
- Evaluar si las sanciones contempladas en el reglamento del centro son coherentes con el marco teórico trabajado en las sesiones previas del enfoque de derechos, la psicología del vínculo y la psicología del trauma.
- Visibilizar las diferencias en la intervención desde el rol educativo o desde un modelo basado en la relación afectiva con los niños, niñas y adolescentes.
- Proporcionar pautas de autoconocimiento y autocuidado afectivo al equipo.

Resultados esperados:

- La coordinación del centro ha modificado el reglamento del centro para hacerlo congruente con el modelo propuesto, en dos sentidos:
 - Estableciendo una normativa común de obligado cumplimiento tanto para los niños, niñas y adolescentes como para el equipo educativo.
 - Eliminando del reglamento todas las sanciones que vulneran los derechos de la infancia.
 - Estableciendo que todas las sanciones que se contemplen para el incumplimiento de la normativa común sean de carácter reparador.
- El equipo educativo ha vivenciado corporal y emocionalmente algunos de los conceptos clave de la sesión a través de los ejercicios corporales.

SECUENCIA METODOLÓGICA DE LA SESIÓN

4.1. Devolución de los puntos clave surgidos en los trabajos individuales

El equipo facilitador analizará previamente los contenidos de los trabajos enviados por el equipo educativo de forma anónima y hará una devolución de los contenidos surgidos, enlazándolo con el análisis del reglamento del centro y las dificultades surgidas en la intervención cotidiana. En esta devolución se unificarán temáticas garantizando el anonimato de las aportaciones individuales. Cuando se acabe el proceso de formación, esos trabajos serán destruidos.

4.2. Diferencia entre una normativa común garante del entorno seguro y protector y el proceso de intervención educativa individual con cada niño, niña o adolescente

Todo centro de protección debe tener una normativa de obligado cumplimiento para los niños, niñas y adolescentes y para el equipo educativo, porque no es posible un entorno seguro y protector sin una normativa común. Pero las normas que se incluyan en esa normativa tienen que ser temas relacionados con la protección.

Un entorno seguro y protector justamente da valor a los límites como garantía de la estructura y la seguridad emocional, pero enfatizando que el modo de imponer esos límites ha de ser afectivo y preservar siempre la relación afectiva con el niño (de ahí que no se puede amenazar con la ruptura de la relación ni con la expulsión, porque cuestiona la relación). Lo que se enfatiza es la manera de poner los límites, pero en ningún caso se trata de un modelo permisivo. Es la suma de la estructura y la afectividad consciente la que da seguridad al niño, niña o adolescente en la relación educativa.

Todo lo demás (higiene, armarios, comida, deberes, etc.) son parte de la intervención educativa individualizada. Esa intervención educativa es y ha de ser individualizada en torno a un plan de intervención cuyos objetivos deben acordarse con el niño, niña o adolescente.

En el esquema siguiente se plasma la diferencia entre ambos. La normativa común de obligado cumplimiento para todas las personas que viven en el centro, tanto el equipo educativo como los niños, niñas y adolescentes, es garante del entorno seguro y protector. La vulneración de esa normativa conllevará sanción siempre y será de carácter reparador para recuperar la seguridad y sanar el daño producido.

Dentro de ese entorno seguro y protector posibilitado por el cumplimiento de la normativa, se da la intervención del equipo educativo a través del acompañamiento cotidiano al niño, niña o adolescente. Ahí es donde caben la intervención desde las rutinas cotidianas. Esa intervención siempre será individual y ajustada a las necesidades de cada niño al que se陪伴e. Muchas de las cuestiones que en los centros de protección se incluyen dentro de la normativa o reglamento del centro no corresponden a la misma sino a la intervención cotidiana que se realiza desde el acompañamiento afectivo y la educación, no desde la sanción normativa. Por ejemplo, las cuestiones relativas al orden de las habitaciones, a si el niño, niña o adolescente come bien o realiza sus deberes o cuestiones relativas a su higiene. Todo ello son temas que habrá que trabajar de forma individual con cada uno como parte de su plan educativo individualizado (PEI). El objetivo es que el niño, niña o adolescente adquiera protagonismo sobre su proceso de cambio, incorpore desde el trabajo que el equipo educativo realiza desde el acompañamiento individualizado todas esas pautas deseables para su desarrollo. Justo lo contrario a introducirlas en el reglamento para imponerlas a base de castigo o sanción.

NORMATIVA



¿Qué debe ser incluido en la normativa común -garante del entorno seguro y protector- que hace posible la intervención educativa?

- Agresiones físicas, emocionales y sexuales de cualquier tipo tanto entre iguales como de los niños, niñas y adolescentes hacia el equipo educativo y del equipo educativo a algún niño, niña o adolescente.
- Rotura intencional de mobiliario (el mobiliario es parte del entorno seguro y protector).
- Robo intencional de objetos (no todos los robos son intencionales, existe el robo disociado como conducta disociativa).
- Inducción al consumo a otros niños, niñas y adolescentes (el consumo no se castiga, porque es parte del proceso individual del niño y tiene que ver con su estado y su proceso, no se modifica a través de sanciones de ningún tipo; pero la inducción al consumo o la venta de drogas a otros niños del centro sí porque supone un riesgo para la protección de estos).

La vulneración de una norma de protección conlleva siempre sanción. No puede depender del criterio del educador que esté de turno. Pero las sanciones deben tener siempre un carácter reparador, proporcional al hecho cometido y con un sentido relacionado. Las sanciones reparadoras tienen que ver con el cuidado a la persona y la reparación del daño producido y deberán establecerse para cada caso concreto y de forma conjunta por todo el equipo (Horno y Romeo, 2017).

Determinados aspectos de la intervención educativa son más difíciles de lograr en un contexto de intervención grupal como es un centro de protección. Pero esa dificultad no debe llevar al equipo a manejar cuestiones educativas, terapéuticas o de derechos humanos desde la sanción normativa.

¿Qué cuestiones nunca pueden ser incluidas en el reglamento de sanciones de la normativa de un centro?

- Todos los derechos universales de los niños, niñas y adolescentes:
 - No se puede castigar con la comida, ni dejando a un niño, niña o adolescente sin comer porque ha llegado tarde, ni obligándole a comer, ni haciendo cenar lo que no se ha comido al mediodía.
 - No se puede castigar dejando sin dormir a un niño, niña o adolescente.
 - No se puede expulsar a un niño, niña o adolescente de un centro de protección ni dejarle fuera de la casa.
 - No se puede castigar quitando visitas con la familia.
 - Las autolesiones, el daño internalizado no se sanciona. Se trata terapéuticamente, pero nunca puede ser motivo de castigo.
- Todo lo terapéutico:
 - No se puede castigar con terapia ni obligar a un niño a ir forzado a una actividad de carácter terapéutico.

La intervención en la aplicación de las sanciones debe cumplir tres criterios fundamentales:

1. Tomadas en equipo: deben ser decisiones pactadas anteriormente y respetadas por todos los miembros del equipo educativo.
2. Aplicadas de forma individual: no se deben realizar sanciones grupales para compensar que no se ha descubierto quien ha cometido la falta (por ejemplo, se produce un robo en el hogar y como no se ha descubierto al autor, se castiga a todo el grupo de niños, niñas y adolescentes). Este tipo de intervenciones son injustas y no fomentan la asunción de responsabilidad y la reparación que debería tener una sanción.
3. Comunicadas en privado: las sanciones siempre se deben transmitir en privado, nunca en público. Hacerlo delante del grupo es una forma de violencia, de humillación.

4.3. Ejercicio para el desarrollo de una normativa común de las rutinas del día a día del centro

Una vez delimitado el contenido de la normativa protectora y lo que debe o no incluirse en un reglamento de centro, que conlleve sanción, es importante trabajar con el equipo educativo cómo sistematizar el trabajo educativo que ha de darse dentro de ese marco protector.

El planteamiento desde la mirada consciente profundiza la reflexión sobre la práctica diaria de cada profesional del equipo educativo. Es necesario plantearse si el tipo de relación que mantiene con los niños del centro se basa principalmente en mantener su rol por encima de la relación. Y si es así, ha de plantearse si puede ir incorporando cada vez más actividades y dinámicas en el que lo que predomina es la relación entre cada educador y cada niño, niña o adolescente. Así descubrirá la paradoja de que interviniendo desde la relación no solo no se pierde el rol educativo, sino que a menudo se ve fortalecido. Por el contrario, si se relaciona fundamentalmente desde su rol, es muy difícil que pueda crear una relación afectiva y de seguridad. Analizando todas las rutinas y dinámicas durante el día, se puede reflexionar sobre desde qué lugar se colocan como equipo educativo. Como ejemplo de la implementación cotidiana de unas pautas de actuación que regulen la intervención educativa se plantea al equipo educativo estos cuadros para conversarlo y ver cómo quieren adaptarlo a la dinámica cotidiana de su centro.

ACTIVIDAD	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	DIFICULTADES	AFRONTAMIENTO
INICIAR EL DÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar cómo se encuentra el niño, niña o adolescente y cómo ha dormido. • Comenzar el día de forma positiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Despertar a los niños con suavidad, con cariño, poner música relajante... • Despertarlos con tiempo, sin prisa, utilizar palabras suaves... • Ayudarles a iniciar el día, recordarles rutinas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que un niño, niña o adolescente no tenga ganas de levantarse. • Que haya dormido mal (poco tiempo, malos recuerdos, pesadillas...). 	<ul style="list-style-type: none"> • Dedicarle tiempo y darle tiempo. • Tratar de averiguar qué le sucede. • Dejarle su espacio, motivar... • Analizar si está pasando por una situación con un impacto emocional negativo. • Valorar que pueda salir más tarde (como último recurso).
DESAYUNO	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar una alimentación saludable. • Que el desayuno sea atractivo y abundante. • Que el niño, niña o adolescente se sienta escuchado, querido e importante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poner sobre la mesa variedad de alimentos saludables para elegir. • Recoger alguna petición (coherente) de los niños, niñas y adolescentes para el desayuno. • Reservar la bollería solo para los fines de semana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que el niño, niña o adolescente no tenga hábitos saludables. • Que no le guste el desayuno. • Que no quiera desayunar. • Que quiera desayunar solo bollería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Darle tiempo y tener paciencia, invitándole a que pruebe algo de lo que se ha puesto en la mesa. • Acordar con él alguna propuesta saludable que no se haya contemplado antes.
COMIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar una alimentación saludable. • Crear un espacio "sagrado" de afecto, comunicación y diálogo. No es un espacio para reprochar conductas o resolver conflictos. • Tener una actitud respetuosa en la mesa (hacia lo que se ha cocinado, hacia quienes lo han preparado, hacia el resto de las personas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducir al niño, niña o adolescente poco a poco en los alimentos que no le gustan, o que no tiene costumbre de comer. Siempre con paciencia, sin forzar, y desde la motivación y el cariño. • Modelaje, feedback. • La persona adulta responsable servirá de ejemplo en la alimentación, no exigiendo lo que no hace. • Buscar temas de conversación que fomenten el respeto, la comprensión y el interés en el otro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que el niño, niña o adolescente se niegue a comer. • Que no respete las normas de la mesa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Animar al niño, niña o adolescente a que pruebe a comer con pan, en puré. Ofrecer un postre que le guste mucho cuando haya determinados alimentos que no le gusten.
ACABAR EL DÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Finalizar el día de una forma relajada. • Que el niño, niña o adolescente se sienta seguro y protegido durante la noche. • Que cada niño respete el descanso de los demás. • Que se acueste a la hora indicada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar actividades estimulantes antes de dormir y desarrollar actividades que inviten a la relajación, como masajes, cuentos, música relajante... • Respetar las necesidades y costumbres de cada niño, niña o adolescente, como dormir con muñecos de peluche, con una luz, leer antes de dormir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que el niño, niña o adolescente no quiera irse a la cama, que se levante, que vaya a la habitación de un compañero o compañera. • Que tenga miedo, no sienta sueño o que no se quiera quedar a solas en la habitación... • Que moleste a sus compañeros, haciendo ruido o despertándolos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar al niño, niña o adolescente para ver qué le está pasando. • Acompañarle en su habitación mientras la figura adulta realiza labores escritas (redactar el diario, revisar algún documento...). Invitarle al despacho a pintar o dibujar mientras la persona adulta hace tareas escritas, hasta que llegue la persona del turno de noche, que se quedará con él hasta que haya conciliado el sueño.

Este modelo de acuerdo de intervención en las rutinas es un ejemplo de cómo se puede trasladar el contenido más teórico trabajado en las dos primeras sesiones y llevarlo a la práctica diaria. Esta es una de las dificultades que normalmente se encuentran los equipos educativos y este ejemplo les puede ayudar a comprobar la aplicación práctica del nuevo modelo que se quiere implementar. Cada centro tiene que ajustar la dinámica en función de las actividades que realizan los chicos y chicas en el día a día.

EJERCICIO SOBRE LAS RUTINAS DIARIAS DEL CENTRO

La actividad consiste en que el equipo educativo revise todas las actividades que realizan los niños, niñas y adolescentes en el centro de manera diaria, desde que se levantan hasta que se acuestan (levantarse, desayuno, higiene, ir al centro educativo, volver del centro educativo, comida, descanso, hora de estudio, actividades extraescolares, tiempo de duchas, visitas familiares, salidas de ocio, cena, acostarse....).

Cada rutina o actividad del día a día se desglosa en un cuadro individual y el equipo educativo, basándose en el modelo teórico trabajado anteriormente, acuerda cómo se va a intervenir con los niños, niñas y adolescentes cuando esa actividad se esté desarrollando. El cuadro se ha dividido en cuatro apartados que corresponden a rutinas cotidianas especialmente relevantes, pero puede ser adaptado a las necesidades de cada equipo educativo.

Los objetivos principales de la actividad son:

- Disponer de unas pautas comunes de intervención entre todos los miembros del equipo educativo, en el que se disminuyan al máximo los criterios subjetivos de intervención entre los profesionales, de forma que la dinámica del centro no varíe en función del profesional que esté de turno, sino que los criterios técnicos ya están acordados y aceptados entre todos.
- Lograr una práctica cotidiana en el centro coherente con el modelo de la mirada consciente.

El equipo educativo ha de acordar qué objetivos quiere potenciar con los niños, niñas y adolescentes cuando la rutina o actividad se está desarrollando. Y aquí será clave la "mirada" que están poniendo a la hora de intervenir con ellos. Estos objetivos deberán ser coherentes con el modelo de intervención que estamos pretendiendo implantar.

Un ejemplo de incoherencia sería que el objetivo principal que marcasen en la comida fuese que los niños, niñas y adolescentes se comiesen todos los alimentos que se les pone en el plato, ya que anteriormente ya se ha explicado que el espacio de las comidas es un espacio afectivo y de cuidado, y se ha trabajado la reflexión de la comida como derecho humano y del valor afectivo que tiene la comida para los niños con historias de trauma. Por lo tanto, el objetivo prioritario para el espacio de las comidas es que sea un espacio acogedor y de comunicación en el que participan todas las personas de la casa (niños, niñas y adolescentes y personal educativo). En el cuadro de ejemplo se puede comprobar este ajuste en los objetivos planteados.

En el segundo apartado de cada cuadro se plasman las estrategias que el equipo educativo utilizará para poder ayudar a conseguir los objetivos planteados en la actividad. Estas estrategias tendrán en cuenta, además de la actividad que se está queriendo revisar, el conocimiento que se

tiene de cada uno de los niños, niñas y adolescentes con los que se interviene, ya que la intervención también se ajustará a los ritmos y tiempos de cada uno.

El tercer bloque de cada cuadro está destinado a analizar las posibles dificultades que el equipo educativo se puede encontrar a la hora de intentar conseguir los objetivos o las estrategias que ha querido poner en marcha. Desde la experiencia, cada equipo ya se ha encontrado con posibles dificultades y resulta muy beneficioso para todos exponerlas en el equipo, para darse cuenta de que muchas de esas dificultades son compartidas por otras personas del equipo.

Como último punto del cuadro, se trabaja cómo van a afrontar entre todo el equipo esas posibles dificultades que han analizado anteriormente. Esto les puede ayudar a estar más preparados cuando las dificultades surgen y asegurar que la intervención de un compañero en un turno va a ser ajustada a la intervención de otra compañera en otro turno. De esta forma se da un crecimiento profesional compartido, en el que la visión de una persona del equipo puede ayudar a que otra vea aspectos que no estaba teniendo en cuenta, y viceversa.

Al marcarse unas líneas generales de intervención puede ocurrir que algunos niños, niñas o adolescentes muestren unas dificultades verdaderamente significativas en algunas de las rutinas que requieran de una intervención individual que quizás esta propuesta genérica no sea suficiente para atender (por ejemplo, en casos de trastornos alimentarios, la comida se tratará de manera particular con el niño o niña). El modelo ha de ser lo suficientemente flexible para ajustar la intervención a la individualidad de cada uno. En reuniones de equipo se analizarán estas especificidades y se acordarán conjuntamente las estrategias a seguir en cada caso concreto y se añadirán los objetivos concretos al proyecto educativo individualizado.

Para concluir, conviene resaltar que para el equipo educativo puede resultar más importante y beneficioso el proceso que se da de comunicación, apertura y gestión de las diferencias de criterios, que el propio resultado final que queda reflejado en los cuadros de rutinas. Es un espacio ideal para exponer las diferentes opiniones y llegar a acuerdos comunes para todo el equipo educativo.

4.4. Ejercicios vivenciales sobre seguridad emocional

Es recomendable realizar algunos ejercicios corporales que el equipo facilitador domine. A modo de ejemplo se proponen los siguientes, aunque la dinamización del espacio de cuidado dependerá de cada equipo facilitador.

EJERCICIOS CORPORALES

- Caminar con determinación: Se propone a las personas que caminen solas por la sala, pero fijando un objetivo para su caminar. Han de llegar a un punto de la sala, y cuando lo logren buscar otro punto e ir hacia él. Hacerlo con determinación y tratando de que nada lo impida. Canción recomendada para este ejercicio: "End title" de la Banda Sonora Original de la película *Blade Runner* de Vangelis (enlace autorizado: <https://youtu.be/OP63BRzKmB0>).

- Ejercicio de las columnas: La mitad del grupo se coloca en un lado de la sala y la otra mitad en la zona de enfrente. Las personas de la primera mitad del grupo han de lograr llegar al otro lado de la sala. La segunda mitad del grupo se coloca a lo largo de la sala simulando ser columnas que han de dificultar que las personas pasen al otro lado. Se pueden mover en el espacio, dificultando el paso a las personas, pero no pueden agarrar con los brazos a las personas, solo tienen que ser obstáculos que las personas han de superar. Cuando la primera mitad del grupo ha logrado cruzar la sala, los roles se cambian y es la segunda mitad del grupo la que atraviesa la sala mientras la primera mitad hace de columnas. Canción recomendada para este ejercicio: "Nah Neh Nah" del grupo Vaya con Dios (enlace oficial: <https://youtu.be/VMakqYyrd3s>).
- Segmentario de pecho protegido: Las personas se distribuyen por parejas. Una de las personas cierra los ojos y coloca sus manos en el pecho. Conforme suene la canción y lo sienta va a abrir los brazos hasta extenderlos, respirando profundamente. Después al ritmo que sienta irá cerrándolos de nuevo sobre su pecho. Hará este movimiento lo más lento posible pero tantas veces como lo necesite a lo largo de la canción. Mientras tanto, la otra persona se coloca detrás de la persona que está con los ojos cerrados. Va a colocar sus brazos cerca de los de la otra persona pero sin tocarla, y va a seguir su movimiento. Se trata de cuidar a la persona mientras hace el ejercicio, de hacerle sentir acompañada pero no de imponer un ritmo determinado ni guiar el movimiento. Debe colocarse cerca para ser sentida pero sin tocarla. Cuando la canción acabe quien está detrás se coloca delante para que cuando la persona abra los ojos la encuentre a ella y pueda abrazarla si así lo quiere. Cuando finalice, se pone de nuevo la canción y se cambian los roles. Canción recomendada para este ejercicio: "Irree Seose" de Emma Christian (enlace autorizado: <https://youtu.be/ArlG4Gs0z8c>).

Elementos clave a recuperar en la puesta en común por el equipo facilitador:

- Visibilizar la rabia como elemento protector: es la emoción que nos permite perseguir lo que queremos, mostrarnos firmes, marcar límites.
- La posibilidad de manejar cualquier conflicto mientras no nos convirtamos en parte del mismo: ver otras formas de esquivar las columnas, mantener la serenidad y no empeñarse en un solo camino o forma de hacer las cosas.
- A la seguridad no se llega por el control, se llega por la entrega. Reconocer que a todas las personas no es más fácil abrirnos a una experiencia cuando hay alguien que nos protege, que garantiza nuestra seguridad. Ese es justo el papel del equipo educativo respecto a los niños, niñas y adolescentes a los que acompañan, brindarles esa seguridad que les permita rehacerse y reconstruirse. El equipo, cuando funciona como tal, es la fuente de seguridad que sostiene y la legitimidad del enfoque técnico de su intervención.
- La dificultad de hacerse sentir sin imponer ni guiar, sin forzar un ritmo determinado. Que la persona nos sienta cerca, se sienta cuidada pero no forzada en sus procesos. Lo mismo para el equipo educativo con los niños, niñas y adolescentes a los que acompañan.

QUINTA SESIÓN: REVISIÓN DEL ENTORNO FÍSICO DEL CENTRO

Duración:

Entre 2 y 4 horas, dependiendo del entorno a analizar.

Objetivos:

- Revisar el entorno del centro para poder evaluar si es un entorno seguro y protector.
- Generar la conciencia en el equipo sobre el entorno como elemento clave de la intervención que está bajo su responsabilidad.
- Generar la conciencia en el equipo del efecto de los indicadores que se ven en el entorno sobre el estado emocional de los niños, niñas y adolescentes que viven en él.

Resultados esperados:

- Se han introducido las modificaciones necesarias en el entorno del centro para que sea un entorno seguro y protector, siguiendo los indicadores de entorno físico y entorno emocional.
- Se han programado y presupuestado las modificaciones del entorno físico que requieran una inversión presupuestaria significativa.

SECUENCIA METODOLÓGICA DE LA SESIÓN

5.1. Explicación teórica sobre los entornos seguros y protectores.

Se realiza un recordatorio de los tres niveles de conciencia necesarios en la intervención (Horno, 2021):

- Conciencia interior: el proceso interno del profesional sobre el daño del niño, niña o adolescente.
- La mirada consciente al niño, niña o adolescente: su dolor y su historia de vida.
- Conciencia sobre el entorno como parte de la intervención.

Se trata de que los entornos donde convivan o se relacionen los niños, niñas y adolescentes sean entornos seguros y protectores. Un entorno seguro y protector es el que posibilita el desarrollo pleno del niño y la plena implementación de sus derechos humanos.

Pero es necesario poder sistematizar la evaluación de los entornos para saber si son entornos seguros y protectores. El equipo facilitador explica el sistema que Espirales Consultoría de Infancia ha desarrollado basado en cuatro niveles:

- Entorno físico.
- Entorno emocional.
- Personas adultas conscientes.
- Protagonismo de todas las personas que viven en el entorno, incluidos los niños, niñas y adolescentes.

UNICEF España ha incorporado esta metodología en su trabajo sobre los entornos seguros y protectores en su propuesta de modelos de buena práctica para la intervención en acogimiento residencial en España (Horno, Romeo, Ferreres et al., 2017; Romeo y Horno, 2021; UNICEF España, 2017, 2020).

5.2. Desarrollo de los indicadores más importantes de los dos primeros niveles: entorno físico y entorno emocional

Para la visita al centro con el equipo educativo, de forma que puedan analizar el entorno donde conviven como entorno seguro y protector, se les explican los indicadores de cada uno de los cuatro niveles. Estos indicadores están brevemente desarrollados en la publicación de UNICEF España *Ver para proteger* (Romeo y Horno, 2021) y en otros documentos de referencia (Horno, 2018a). Son los siguientes:

“ENTORNOS SEGUROS Y PROTECTORES A NIVEL FÍSICO: Los centros de protección suelen cumplir unos altos estándares de seguridad física, porque la normativa lo requiere. Sin embargo, hay tres elementos que a menudo no se suelen tener en consideración y que son fundamentales:

- **La localización de los centros y la seguridad para llegar a ellos.** A menudo los centros de protección se encuentran fuera de núcleos urbanos o en lugares con escaso transporte público, de modo que los niños, niñas y adolescentes dependen de personas adultas para entrar y salir, para relacionarse con sus iguales y para establecer contactos en el vecindario. Este es un tema clave, ya que un centro que está inserto en su comunidad, con recursos apropiados, ayuda a que creen relaciones saludables fuera del sistema de protección. Si no, se les aboca a relacionarse exclusivamente con otros niños, niñas y adolescentes del sistema de protección, impidiendo a largo plazo su normalización y su plena inserción en comunidades que hayan elegido.
- **La dimensión del espacio y su distribución.** Todas las directrices reconocidas internacionalmente [(Naciones Unidas, 2010)] recomiendan centros de protección de dimensiones similares a las casas de familias grandes, no mayores, evitando los centros grandes que conducen a la institucionalización y a la falta de personalización. Dentro de esto, también es importante la distribución, preferiblemente en una sola planta, para que el equipo educativo no necesite repartirse entre dos o más pisos.
- **Los cuartos de baño.** Es donde los niños, niñas y adolescentes son más vulnerables, por lo que la seguridad de su privacidad e intimidad deben ser garantizadas.

ENTORNOS SEGUROS Y PROTECTORES A NIVEL EMOCIONAL: Dentro de todos los aspectos de este nivel, los más relevantes para los centros de protección son cuatro:

- **La calidez emocional.** Los niños, niñas y adolescentes necesitan sentir que donde viven es su casa, que es un espacio acogedor, en el que relajarse y reconstruirse. Por eso hay que evitar los logotipos y mensajes institucionales y lograr una apariencia de hogar.

- **La personalización de los espacios.** Muy relacionada con la calidez emocional, cuando los niños, niñas y adolescentes sienten que pueden tener decoración que les gusta, su sentimiento de pertenencia y seguridad aumenta. Frente a algunos modelos que se basan en espacios neutros y uniformes, la clave para interpretar este nivel es si una persona desconocida viera la habitación, el salón u otros espacios, ¿podría conocer en parte las identidades de los niños, niñas y adolescentes que viven en ellos, o no podría distinguir el cuarto de una niña de seis años de la habitación de una adolescente de diecisiete?
- **La luz.** La luz física ayuda, simbólicamente, a que los niños, niñas y adolescentes puedan poner luz a sus sombras, a que puedan poner límites a la oscuridad emocional que han vivido y de ese modo comience a sanarla. No se trata de una luz de hospital o de aula, sino una luz cálida que dé sensación de hogar, y al mismo tiempo que deje pocas sombras.
- **El espacio suficiente para poder moverse.** Los niños, niñas y adolescentes necesitan espacios amplios para poder moverse mucho: bailar, correr, jugar... El movimiento ayuda al proceso emocional de las vivencias dolorosas, especialmente en situaciones de trauma, y los centros que pretenden que los niños, niñas y adolescentes sanen y retomen una vida saludable deben tener la amplitud suficiente para que ese movimiento se dé, e incluso fomentarlo.

PERSONAS ADULTAS CONSCIENTES: Los niños, niñas y adolescentes en cuidado residencial han sufrido situaciones muy duras, y acompañarlos no es fácil, especialmente cuando presentan comportamientos destructivos (hacia sí o hacia otras personas). Entre otras cuestiones, hay que prestar atención a tres grandes líneas de trabajo:

- **Un proyecto educativo consciente.** El proyecto educativo de un centro de protección debe priorizar el trabajo emocional con los niños, niñas y adolescentes. Para ello debe contemplar actividades como la elaboración y la integración de la historia de vida, que se debe hacer a nivel educativo en colaboración con sus terapeutas, y el trabajo de integración sensorial (a través de actividades que conlleven un trabajo emocional sobre su propia historia de vida y sobre sus modelos relacionales empleando mucho la dimensión corporal para lograr integrar las sensaciones corporales).
- **Espacios y tiempos de cuidado y autocuidado para profesionales.** Los niños, niñas y adolescentes que han sufrido mucho pueden despertar reacciones muy intensas en las personas adultas que les atienden. Por eso necesitan procesos sistemáticos de cuidado y autocuidado, que van desde la formación en aquellos aspectos que necesiten hasta el trabajo personal necesario para poder afrontar distintas situaciones (incluyendo la psicoterapia).
- **Espacios, tiempos y materiales de elaboración de vivencias para niños, niñas y adolescentes.** El sistema de protección debe proponer atención de psicoterapia externa, pero los niños, niñas y adolescentes también deben poder sentir que pueden expresarse y que se les atiende de forma adecuada en sus centros, con profesionales con las capacidades necesarias de afectividad consciente en todos los procesos. Esas actividades que están previstas en el proyecto educativo deben estar respaldadas por acciones y actitudes concretas en el día a día, tanto con tiempos específicos como en momentos cotidianos de otras tareas.

PARTICIPACIÓN: En los centros de protección la participación tiene dos dimensiones fundamentales:

- *La participación de cada profesional en los procesos en los que interviene. A veces se da la paradoja de que quienes mejor conocen al niño, niña o adolescente son quienes menos voz tienen en los procesos (de visitas, de acogimiento familiar, de adopción, de formación, de ocio...). Por su conocimiento y porque son quienes van a acompañar los procesos, es fundamental que se articulen espacios de participación profesional.*
- *La participación de los propios niños, niñas y adolescentes. Si la violencia supone, como hemos visto, dejar de lado el bienestar y los intereses de los niños, niñas y adolescentes, el sistema de protección debe velar por restaurar esos derechos, y la mejor forma es dándoles voz y ofreciéndoles oportunidades de retomar las riendas de sus vidas, con el apoyo profesional que necesiten. Para ello se deben implementar procesos participativos tanto sobre aspectos de funcionamiento del propio centro [(Horno y Romeo, 2021)] como sobre otros elementos de sus vidas".(Romeo y Horno, 2021, 154-157)*

5.3. Visita al centro

El equipo facilitador realiza conjuntamente con todo el equipo educativo un recorrido por todo el centro, indicando los riesgos concernientes a los indicadores de los dos primeros niveles (entorno físico y entorno emocional) y visibilizando estos riesgos no solo como indicadores del entorno sino también como indicadores del estado de cada niño, niña y adolescente que los profesionales han de saber mirar. Aunque la variabilidad de la realidad de los centros es muy alta, algunas cuestiones que suelen salir a menudo en las visitas a los centros y que el equipo facilitador deberá tener en cuenta para visibilizar ante el equipo educativo son las siguientes:

1. Decoraciones que siguen en las paredes desde hace muchos años sin que nadie sepa por qué: bodegones de flores, mapas que ya no sirven, calendarios de hace diez años...
2. Mobiliario o infraestructura rota: puertas y ventanas rotas, armarios sin puertas, paredes desconchadas, con pintadas...
3. Habitaciones con poca luz o sin ventanas.
4. Sábanas y mantas antiguas y sin edredones en las camas.
5. Falta de personalización de los espacios comunes y de las habitaciones de los chicos.
6. Imposibilidad de acceso a la cocina y la alimentación.
7. Despachos aislados, lejanos y muy pequeños. La idea es prescindir del despacho, colocar un armario con cerradura para los expedientes, medicación y demás y dar al equipo educativo un portátil para que pueda estar con los chicos y chicas en el salón cuando tenga que hacer gestiones fuera del horario en el que los niños, niñas y adolescentes no están en el centro (cosa que debería ser infrecuente).
8. Problemas con la temperatura: falta de ventilación, calefacción rota que tarda en arreglarse, falta de aire acondicionado...
9. Dificultad para moverse en las habitaciones por el poco espacio.
10. Escasez de zonas comunes, abiertas, jardines...
11. Dificultad de acceso a los servicios comunitarios, colegios o centros deportivos.

Durante la visita al centro, el equipo facilitador tratará durante todo el proceso de incidir en dos elementos:

- 1.** El entorno sirve para evaluar la intervención del equipo educativo con los niños, niñas y adolescentes, pero también para evaluar el estado de cada niño. En la medida en que se integra el entorno como parte de la intervención, se empiezan a procesar los datos que se obtienen del entorno sobre el estado de quienes viven en este entorno. Cuando un centro funciona como un entorno seguro a nivel emocional, es posible saber si en una habitación vive un adolescente o un niño o niña más pequeños por la decoración de la misma. Del mismo modo, se pueden obtener otros datos sobre el estado de quien vive en esa habitación. Por ejemplo, una habitación que está vacía, sin ninguna decoración puede ser un indicador de falta de calidez emocional en la intervención si es la pauta generalizada en las habitaciones. Pero si es solo la característica de una habitación en concreto, es probable que corresponda a un niño, niña o adolescente que acabe de llegar, rechace estar en el centro y no quiera acomodarse a vivir en él. El equipo facilitador tratará de ir dando ejemplos al equipo educativo que ayuden a “ver” a los niños, niñas y adolescentes y su estado a través del entorno donde viven.
- 2.** El entorno, tanto cuando está cuidado creando un entorno seguro y protector a nivel físico y emocional, como cuando no lo está, transmite mensajes a las personas que viven en ese entorno. Las paredes hablan. El equipo facilitador debe ayudar a que el equipo educativo haga conscientes los mensajes que está transmitiendo a través de las paredes a los niños, niñas y adolescentes a los que acompañan en el centro. Y lo hacen desde la inconsciencia casi siempre. Los mensajes más importantes que se transmiten desde un entorno seguro y protector son los siguientes:
 - “Te estoy cuidando”, a través de fotos de las familias, de excusiones, pizarras con mensajes del equipo o recuerdos de otros niños, niñas y adolescentes que ya se han ido. El mensaje contrario y desprotector sería “te estoy evaluando” a través de reglamentos, sistemas de puntos y pagas colgados en las paredes.
 - “Aquí estás a salvo”. La seguridad emocional se transmite desde la calidez emocional en el entorno: los colores, muebles cómodos, contacto con la naturaleza en los espacios o con plantas, disponibilidad de comida sin restricciones horarias o una temperatura adecuada. El mensaje contrario y desprotector, que no es otro que el del miedo, se genera con los pasillos largos y oscuros, de techos altos y colores fríos, llenos de logotipos institucionales. Ese miedo se transmite a través de las paredes.
 - “Me importas”. El respeto a su dignidad se transmite a través del cuidado del entorno físico donde viven los niños, niñas y adolescentes. Nadie, salvo por necesidad extrema, elige vivir en un lugar con ventanas y puertas rotas, mantas y sábanas roídas o calendarios de hace cincuenta años colgados de la pared. Es una cuestión de respeto a la dignidad de la persona.
 - “Cada persona es diferente y valiosa”. La personalización de los espacios legitima y da valor a la diferencia. Aún más si cabe cuando se realiza permitiendo protagonismo de los usuarios y la individualización de los procesos.

5.4. Tarea para casa

CONSIGNA

"Enviadnos los casos que queráis trabajar en cada una de las sesiones de supervisión de casos. Enviadnos la información que consideréis que necesitamos conocer previamente para hacer un buen análisis del caso". No se debe especificar la documentación en la consigna para poder evaluar el tipo de documentación que el equipo envía. Será fundamental ver si envían información sobre la historia de vida del niño, niña o adolescente (lo cual sería muy positivo) o solo la descripción de la problemática conductual que presenta (lo cual indicaría un nivel menor de conciencia). Es un elemento clave de análisis inicial de la siguiente sesión.

SEXTA Y SÉPTIMA SESIÓN: SUPERVISIÓN DE LA INTERVENCIÓN CONCRETA CON NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Duración:

Entre 3 y 4 horas, dependiendo de las necesidades del equipo educativo.

Objetivos:

- Revisar casos específicos en los que el equipo encuentra una dificultad especial en la aplicación del modelo de intervención.
- Revisar la intervención con los niños, niñas y adolescentes en los objetivos relativos al área de desarrollo afectivo.
- Empoderar al equipo educativo enfatizando la posibilidad de transformación y reparación del daño y las experiencias de trauma con las que llegan los niños, niñas y adolescentes al centro.
- Revisar y trabajar las incoherencias y mala praxis en los planes de caso presentados.

Resultados esperados:

- El equipo educativo al completo tiene acceso y se lee los expedientes de todos los niños, niñas y adolescentes residentes en el centro de forma sistemática.
- Se ha incluido en los informes de seguimiento el área de desarrollo afectivo con objetivos relacionados con la integración de la historia de vida, la flexibilización de los mecanismos disociativos, el trabajo de los modelos vinculares y la construcción de una red afectiva externa al centro.
- Se han visibilizado los indicadores internalizadores de trauma en los informes de seguimiento de la intervención realizada con los niños, niñas y adolescentes.
- Se han incorporado los indicadores corporales de trauma a los informes de seguimiento de la intervención realizada con los niños, niñas y adolescentes.

SECUENCIA METODOLÓGICA DE LA SESIÓN

Pauta previa cuando se solicita la documentación de cada caso: "*Enviadnos, por favor, la documentación que creéis que debemos leernos previamente para poder hacer una supervisión del caso*".

6.1. Devolución al equipo de comentarios sobre la documentación enviada

- Se señala siempre si no han enviado la historia de vida. No es posible supervisar un caso cuya historia de vida no se conoce.
- Se insiste en que cada profesional debe leerse los expedientes de todos los niños, niñas y adolescentes del centro, sean o no de su tutoría, para garantizar el trabajo en equipo.
- Se indica siempre si en la documentación se recogen comentarios despectivos hacia el niño, niña o adolescente o hacia su familia.
- Se comenta el enfoque del contenido de la documentación enviada: si está o no centrada en la conducta del niño, qué áreas se diferencian y cuáles se priorizan.

6.2. El educador o educadora tutor del niño, niña o adolescente expone el caso a todo el equipo

El equipo facilitador hace una devolución sobre la forma de posicionarse del equipo respecto al niño, niña o adolescente y se le van pidiendo los datos necesarios de la historia de vida para comprender el caso.

6.3. Análisis grupal del caso

Se realiza el análisis grupal del caso con los siguientes objetivos:

- Establecer el hilo narrativo entre la historia de vida y las conductas que presenta el niño como indicadores de trauma: de dónde surgen las conductas, desde cuándo, cuál es su sentido.
- Visibilizar la magnitud del dolor del niño, niña o adolescente, poniendo especial énfasis en las vivencias de abandono, maltrato y las experiencias traumáticas recogidas en el expediente (muchas otras no lo estarán).
- Visibilizar los indicadores de trauma, en caso de haberlos, especialmente los corporales.
- Consensuar con el equipo las pautas de intervención claves desde la nueva comprensión de su historia de vida.

SESIONES DE SEGUIMIENTO: DIFICULTADES SURGIDAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CAMBIOS ACORDADOS

Duración:

Se realizarán dos sesiones durante el año siguiente a finalizar el proceso de formación y supervisión de 4 horas de duración cada una. Los objetivos son los mismos y la secuencia metodológica puede variar según las necesidades surgidas en cada equipo.

Objetivos:

- Revisar con el equipo educativo las ganancias de la implementación del modelo propuesto.
- Revisar con el equipo educativo las principales dificultades surgidas en la implementación del modelo propuesto.
- Revisar con la coordinación del centro el grado de implementación de los cambios identificados como necesarios en las diferentes sesiones tanto en el funcionamiento del centro, como en el entorno y en la intervención individual con cada niño, niña o adolescente.

Resultados esperados:

- Se han logrado implementar en su totalidad o parcialmente los objetivos que se han trabajado durante todas las sesiones respecto a la intervención del equipo educativo con los niños, niñas y adolescentes.
- Se han realizado los cambios necesarios en el entorno para que sea un entorno seguro y protector. En el caso de que los cambios requieran una inversión económica significativa, se espera que esta haya sido programada.
- Se han realizado los cambios necesarios en la documentación del centro: proyecto educativo, reglamento del centro y sistemas de registro.
- Se han realizado los cambios necesarios en los planes educativos individualizados de cada niño, niña y adolescente y reflejado estos cambios en los informes de seguimiento correspondientes.

SECUENCIA METODOLÓGICA DE LA SESIÓN

1. Las tres ganancias clave de la implementación del modelo

El equipo facilitador le pide al equipo educativo que identifique:

- Los tres conceptos clave que han incorporado a la práctica cotidiana de su trabajo de todos los trabajados en el proceso de formación y supervisión.
- Las tres ganancias más importantes que han logrado fruto del proceso de formación y supervisión.

A partir de lo que surja se hace un recordatorio de los conceptos clave y el equipo facilitador recupera alguno que no haya salido y le parezca necesario recordar. Del mismo modo valida las ganancias como resultado del trabajo del equipo educativo y de su esfuerzo y su apertura al cambio.

2. Las tres dificultades más importantes que han surgido en la implementación del modelo

El equipo facilitador le pide al equipo educativo que identifique las tres dificultades más importantes que han surgido en la implementación del modelo y que proporcione un ejemplo de cada una de ellas.

A partir de lo que surja el equipo facilitador retomará conceptos clave del proceso de formación y supervisión relacionados con las dificultades surgidas y trabajará con el equipo educativo algunas pautas concretas que puedan servir para dar respuesta a esas dificultades partiendo siempre de los ejemplos que el equipo educativo ha dado.

3. Revisión junto con la coordinación del centro de los indicadores de la implementación del modelo propuesto

El equipo facilitador revisa junto con la coordinación del centro una serie de indicadores que se han diseñado para valorar el nivel de implementación del modelo propuesto y de los objetivos trabajados en cada una de las sesiones. Los indicadores son los siguientes:

Sobre la **documentación** que define el funcionamiento general del centro:

1. Proyecto educativo actualizado incluyendo todos los cambios que se analizaron en la tercera sesión.

- Incorporando al proyecto educativo del centro los conceptos clave del modelo propuesto: afectividad consciente, vínculo, trauma, disociación, elaboración de la historia de vida, etc.
- Eliminando del proyecto educativo del centro los elementos incompatibles con el modelo propuesto: sistemas de refuerzo y castigo, enfoque evaluador y educativo, etc.

2. Reglamento del centro actualizado siguiendo las siguientes pautas:

- Estableciendo una normativa común de obligado cumplimiento tanto para los niños, niñas y adolescentes como para el equipo educativo.
- Eliminando del reglamento todas las sanciones que vulneran los derechos del niño (comida, salidas con las familias, etc.).
- Estableciendo que todas las sanciones que se contemplen para el incumplimiento de la normativa común sean de carácter reparador.

Sobre las **pautas generales de intervención del equipo educativo**:

- 1.** El equipo educativo ha incorporado la afectividad consciente como competencia.
- 2.** El equipo educativo ha consensuado las rutinas cotidianas en las que plasmar el modelo de intervención propuesto.
- 3.** Se han reducido los niveles de conflictividad en el centro, medido no solo por el cambio de clima en el centro percibido por el equipo educativo y los propios niños, niñas y adolescentes sino por la reducción significativa de las incidencias comunicadas (agresiones o incidencias de otro tipo).
- 4.** Se han implementado y sistematizado mecanismos de cuidado y espacios de supervisión del equipo educativo.
- 5.** Se han incorporado los objetivos de trabajo del área afectiva en las rutinas cotidianas del centro al mismo nivel que los objetivos de formación o los de higiene. Esto puede implicar a nivel general en el centro, entre otras cosas:
 - Metodología de trabajo de la historia de vida de los chicos implementada con todos los niños, niñas y adolescentes.
 - Metodologías de trabajo corporal integradas en la intervención cotidiana (baile, psicomotricidad, yoga, meditación, biodanza, masaje, mindfulness, etc.)

Sobre los cambios necesarios para que el **entorno** del centro sea un entorno seguro y protector a nivel físico y emocional:

- 1.** Los cambios en el entorno necesarios siguiendo los indicadores de evaluación del entorno físico y entorno emocional, ya han sido realizados o al menos están programados en el caso de los cambios o reformas de mayor envergadura.
- 2.** Se han incorporado elementos clave de calidez emocional al entorno: colores, personalización de los espacios, tanto de las zonas comunes como de las habitaciones, elementos de naturaleza, contenidos de trabajo simbólico en zonas comunes y contenidos sobre la historia de vida de los niños, niñas y adolescentes en sus habitaciones (fotos de las familias, aficiones, gustos personales, colchas personalizadas, etc.).

Sobre los cambios necesarios en la **intervención individualizada** con los niños, niñas y adolescentes:

- 1.** El equipo educativo al completo tiene acceso y se lee los expedientes de todos los niños, niñas y adolescentes residentes en el centro de forma sistemática, incluyendo a auxiliares de noche.
- 2.** Se ha incorporado a los informes de seguimiento un área de desarrollo afectivo, en la que se incluyen los objetivos de trabajo relacionados con la integración de la historia de vida, la flexibilización de mecanismos disociativos, el trabajo de los modelos vinculares o la construcción de una red afectiva externa al centro.
- 3.** Se han visibilizado los indicadores internalizadores de trauma en los informes de seguimiento de la intervención realizada con los niños, niñas y adolescentes.
- 4.** Se han incorporado los indicadores corporales de trauma a los informes de seguimiento de la intervención realizada con los niños, niñas y adolescentes.

4.6. Algunas claves finales sobre la implementación del programa

El programa cuya metodología se ha sistematizado en este documento provoca un proceso de conciencia y cambio en los equipos educativos. Este proceso transforma su forma de relacionarse con los niños, niñas y adolescentes a los que acompañan y, desde esa transformación, el clima del centro. No solo se mejora la calidad de la intervención que realiza el equipo educativo sino el “aire” que se respira en el centro.

Los cambios más evidentes e inmediatos suelen ser:

- La reducción de la conflictividad en el centro, tanto en la reducción del número de incidencias comunicadas por el centro, como en la reducción en las agresiones entre los niños, niñas y adolescentes y de éstos hacia el equipo educativo.
- El fortalecimiento del trabajo en equipo de profesionales, con la incorporación de las personas que trabajan como auxiliares a las reuniones de equipo, la generación de criterios técnicos comunes en el análisis de las conductas de los niños, niñas y adolescentes; la lectura por parte de todo el equipo educativo de todos los expedientes de los niños, niñas y adolescentes.
- Cambios organizativos clave respecto al turno de noche, donde las personas adultas permanecen despiertas, realizan acompañamiento afectivo, incorporan la información surgida a los informes de los niños, niñas y adolescentes y se incorpora a los profesionales del turno de noche a las reuniones de equipo haciendo los ajustes necesarios de horarios y turnos.
- Se reduce el tiempo que el equipo educativo emplea en los despachos. En algunos casos incluso se logra la eliminación de los mismos, para que el equipo educativo esté siempre en los espacios del centro donde están los niños, niñas y adolescentes.
- Se consensúa una forma sistemática en la forma de realizar las rutinas cotidianas del centro de forma que el “aire” del centro no varíe en función de quiénes son los profesionales que están de turno cada día.

Se dan cambios muy evidentes en el entorno que acompañan y legitiman los cambios producidos en la intervención del equipo educativo:

- Se mejora la calidez emocional del entorno del centro, cambiando colores, muebles, distribución de los mismos, decoración de las zonas comunes.
- Se permite la personalización por parte de los niños, niñas y adolescentes de sus habitaciones incluyendo elementos que tienen que ver con su historia de vida y sus familias.
- Se realizan o al menos se programan y se presupuestan las reformas necesarias en el entorno físico del centro para lograr que sea un entorno seguro y protector.

Y, por último, se dan cambios esenciales en la intervención individual con cada niño, niña o adolescente que quedan plasmados en que:

- Los objetivos establecidos para el proyecto educativo individualizado (PEI) de cada niño, niña o adolescente son diferentes y están ajustados a su realidad.

- Los objetivos establecidos para el proyecto educativo individualizado (PEI) de cada niño, niña o adolescente recogen dos formulaciones, una técnica y otra con las palabras del propio niño, de forma que se puede comprobar que se han trabajado conjuntamente tal y como establece el marco legal.
- Se establecen objetivos de trabajo específicos para el área afectiva de desarrollo relacionados con la integración de su historia de vida, el trabajo de sus modelos vinculares o la flexibilización de sus mecanismos disociativos.
- Los informes de los niños, niñas y adolescentes incorporan como área de seguimiento el área de desarrollo afectivo, con objetivos específicos relacionados con la integración de la historia de vida, la flexibilización de los mecanismos disociativos, el trabajo de los modelos vinculares y la construcción de redes afectivas externas al centro.
- Los informes de los niños, niñas y adolescentes incorporan indicadores de trauma, especialmente los de internalización.
- Los informes de los niños, niñas y adolescentes incorporan los indicadores corporales de trauma.

Este proceso conlleva sus dificultades. En un primer momento genera inseguridad en los equipos educativos que han de pasar de una intervención muy estructurada igual para todos los niños, niñas y adolescentes a los que acompañan a una intervención individual ajustada a las necesidades de cada uno. Transformar un posicionamiento evaluador y normativo hacia uno que busque la seguridad emocional y el protagonismo de los niños sobre su propio proceso no es fácil. Por eso la puesta en marcha del programa dura año y medio. Es un proceso de cambio cuyos efectos van viéndose de una sesión a otra. Pero el equipo educativo ha de sentir ese acompañamiento del equipo facilitador durante todo el proceso. Y la actitud de la coordinación del centro jugará un papel clave en la implementación del proceso de cambio y mejora. Solo cuando hay una apuesta institucional clara, un trabajo proactivo por parte de la coordinación, se puede llevar este proceso hasta el final.

Se trata de mirar lo que no se veía antes, como la historia de vida de los niños, niñas o adolescentes de los centros de protección, o los indicadores corporales que presentan de las experiencias de trauma que han vivido, o el perfil más internalizador de la manifestación del daño. Pero se trata de mirar con conciencia. Y no solo a cada niño, niña o adolescente sino al propio equipo educativo. Un mirar hacia dentro, hacer consciente la propia historia de vida y el cómo el trabajo en un centro de protección afecta a las y los profesionales. Aprender a poner conciencia en los pequeños detalles de cada día: despertar con ternura, sentarse a comer a la mesa con los niños, niñas o adolescentes, salir del despacho y llevar el portátil a la mesa del comedor para que puedan sentir la presencia del equipo, o tantos pequeños gestos en los que se plasma la mirada consciente a la intervención, como ponerle la manta encima a ese niño que se ha dormido viendo la tele o llamar a una niña si es su cumpleaños, aunque sea fuera de turno.

El proceso que se plantea lleva luz a los centros de protección. La luz que surge del propio equipo educativo, cuando trabaja con conciencia y sabe mirar el dolor de los niños, niñas y adolescentes a los que acompaña. Realizar este proceso de forma sistemática en todo el sistema de protección es ahora el reto.

4.7. Bibliografía de referencia

- Aznárez, B. (2021). *El trauma psíquico es de todos. Rompe el silencio*. Madrid.
- Barudy, J., y Dantagnan, M. (2009). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Crittenden, P. M. (2016, 2º ed. ampliada). *Raising parents. Attachment, representation, and treatment*. Londres y Nueva York: Norton.
- Hornero, P. (2013). *Escuchando mis tripas: programa de prevención del abuso sexual infantil en educación infantil*. Lleida: Boira. <https://www.espiralesci.es/nuevo-libro-de-pepa-horno-escuchando-mis-tripas/>
- Hornero, P. (2017). Honrar su dolor: el acompañamiento a las víctimas de abuso sexual infantil a lo largo de la vida. *Sal Terrae*, 105, 619-641. <https://www.espiralesci.es/honrar-su-dolor-el-acompanamiento-a-las-victimas-de-abuso-sexual-infantil-a-lo-largo-de-la-vida-articulo-de-pepa-horno-en-sal-terrae/>
- Hornero, P. (2018a). *La promoción de entornos seguros y protectores en Aldeas Infantiles SOS América Latina y el Caribe*. San José de Costa Rica: Aldeas Infantiles SOS Oficina Regional de América Latina y el Caribe. <http://www.espiralesci.es/guia-la-promocion-de-entornos-seguros-y-protectores-en-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina-y-el-caribe-de-pepa-horno/>
- Hornero, P. (2018b). *La afectividad consciente como competencia profesional en Aldeas Infantiles SOS América Latina y el Caribe*. San José de Costa Rica: Aldeas Infantiles SOS Oficina Regional de América Latina y el Caribe. <http://www.espiralesci.es/guia-la-afectividad-consciente-como-competencia-organizacional-en-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina-y-el-caribe-de-pepa-horno/>
- Hornero, P. (2021). *Definiendo la conciencia*. Iniciativa "Renovando desde dentro", Artículo 2 (octubre 2021). <https://renovandodentro.wordpress.com/2021/10/18/articulo-2-definiendo-la-conciencia-por-pepa-horno/>
- Hornero, P. (Coord.). (2023a). *Proyecto Marco de Acogimiento Residencial*. Asturias: Instituto Asturiano para la Atención Integral a la Infancia y a las Familias, Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, Principado de Asturias. https://observatoriodelainfanciadeasturias.es/?jet_download=2639
- Hornero, P. (2023b). *Aprendiendo a habitarnos. Un modelo de intervención psicoterapéutica con personas con historias de trauma*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Hornero, P., Echeverría, A., y Juanas, A. (2017). *La mirada consciente en los centros de protección. Cómo transformar la intervención con niños, niñas y adolescentes*. Madrid: CCS.

- Horno, P., y Romeo, F. J. (2017). *Afecto, límites y conciencia. La disciplina positiva en los programas de Aldeas Infantiles SOS*. San José de Costa Rica: Oficina Regional de Aldeas Infantiles SOS para América Latina y el Caribe. <http://www.espiralesci.es/guia-afecto-limites-y-conciencia-de-pepa-horno-y-f-javier-romeo-para-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina/>
- Horno, P., y Romeo, F. J. (2021). *Voces para el cambio. Guía metodológica para realizar consultas a niños, niñas y adolescentes que se encuentran en acogimiento residencial*. Madrid: UNICEF España. <https://ciudadesamigas.org/documentos/guia-consultas-acogimiento-residencial/>
- Horno, P., Romeo, F. J., Ferreres, Á., et al. (2017). *El acogimiento como oportunidad de vida. Referentes de buena práctica y recomendaciones para una atención idónea a niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar y residencial*. Madrid: UNICEF Comité Español. <http://www.espiralesci.es/investigacion-y-guia-de-buenas-practicas-sobre-acogimiento-familiar-y-residencial-elaboradas-para-unicef-comite-espanol/>
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/07/22/8/con>
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8/con>
- López-Soler, C. (2008) Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057>
- Naciones Unidas. (2010). *Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños*. A/RES/64/142. Nueva York: Naciones Unidas. <https://undocs.org/es/A/RES/64/142>
- Pereda, N. , Abad, J., y Guilera, .G (2014). *Victimización en jóvenes de protección a la infancia y la adolescencia y de justicia juvenil*. Barcelona: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (Departamento de Justicia) y Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (Departamento de Benestar Social i Família). <http://hdl.handle.net/2072/238556>
- Romeo, F. J. (2019). *Acompañando las heridas del alma. Trauma en la infancia y adolescencia*. La Paz, Bolivia: Aldeas Infantiles SOS (Oficina Regional para América Latina y el Caribe). <https://www.espiralesci.es/manual-acompanando-las-heridas-del-alma-trauma-en-la-infancia-y-adolescencia-de-f-javier-romeo/>
- Romeo, F. J. (2020). *Las heridas del alma. Una guía sobre trauma para familias y profesionales*. Aldeas Infantiles SOS (Oficina Regional para América Latina y el Caribe). <https://www.espiralesci.es/las-heridas-del-alma-una-guia-sobre-trauma-para-familias-y-profesionales-f-javier-romeo-aldeas-infantiles-sos-america-latina-y-el-caribe/>
- Romeo, F. J. (2020). *Enseñando a ver las heridas del alma. Cómo facilitar formaciones sobre trauma en la infancia y adolescencia*. Aldeas Infantiles SOS (Oficina Regional para América Latina y el Caribe). <https://www.espiralesci.es/ensenando-a-ver-las-heridas-del-alma-como-facilitar-formaciones-sobre-trauma-en-la-infancia-y-adolescencia-de-f-javier-romeo-para-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina-y-el-caribe/>

- Romeo, F. J. (2021). *Tejer una red para sanar las heridas del alma. Gestión de Caso con abordaje de trauma en la infancia y adolescencia*. Aldeas Infantiles SOS (Oficina Regional para América Latina y el Caribe). <https://www.espiralesci.es/tejer-una-red-para-sanar-las-heridas-del-alma-gestion-de-caso-con-abordaje-de-trauma-en-la-infancia-y-adolescencia-de-f-javier-romeo-para-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina-y-el-caribe/>
- Romeo, F. J. (2023). *Las heridas que pasamos por alto. Doce claves sobre el trauma*. Iniciativa "Renovando desde dentro", Artículo 14 (marzo 2023).
<https://renovandodentro.wordpress.com/2023/03/22/articulo-14-las-heridas-que-pasamos-por-alto-doce-claves-sobre-el-trauma-por-f-javier-romeo-biedma/>
- Romeo, F. J., y Horno, P. (2021). *Ver para proteger. Claves para comprender la violencia contra niños, niñas y adolescentes y para desarrollar medidas de protección eficaces*. Madrid: UNICEF España. <https://www.espiralesci.es/manual-ver-para-proteger-claves-violencia-contra-ninos-ninas-y-adolescentes-desarrollar-proteccion-f-javier-romeo-y-pepa-horno-unicef-espana/>
- Stein, P., y Kendall, J. (2004). *Complex PTSD in Children: Brain and Behaviour. Psychological Trauma and The Developing Brain Neurologically Based Interventions for troubled Children*. Nueva York: Hawford Press.
- Straus, M. B. (2017). *Treating trauma in adolescents. Development, attachment and the therapeutic relationship*. Nueva York: The Guilford Press.
- UNICEF España, a partir del análisis realizado por Espirales Consultoría de Infancia, S.L. (2017). *Un lugar donde quedarse. Atención a niños, niñas y adolescentes en acogimiento en el sistema de protección de España*. Madrid: UNICEF Comité Español. <http://www.espiralesci.es/investigacion-y-guia-de-buenas-practicas-sobre-acogimiento-familiar-y-residencial-elaboradas-para-unicef-comite-espanol/>
- UNICEF España. (2020). *Cuadernos para la Acción Local. Medidas para la creación de entornos protectores de cuidado y recreación para la infancia y adolescencia en el post-confinamiento*. Madrid: UNICEF España. <https://ciudadesamigas.org/documentos/cuadernos-accion-local-post-confinamiento-entornos-protectores/>
- Van der Kolk, B. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Sitges, Barcelona: Eleftheria.



PORTICUS