DOSSIER

Herramientas

para el abordaje de situaciones de vulnerabilidad en salud local y comunitaria

desde los enfoques EBDH, género, diversidad, interseccional, medioambiental e intergeneracional



SALUD andonos

Realizado por

Farmamundi y Medicus Mundi Sur

SALUDandonos · medicusmundi sur · farmamundi · Junta de Andalucía · Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad · Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Dossier "Herramientas para el abordaje de situaciones de vulnerabilidad en salud local y comunitaria desde los enfoques EBDH, género, diversidad, interseccional, medioambiental e intergeneracional"

Una publicación de Farmamundi y Medicusmundi Sur

Elaboración de contenidos

Vanessa Sánchez Maldonado (Farmamundi)
Estefanía Cano Belén (Farmamundi)
Ana García Novoa (Medicusmundi Sur)

Aportes

Luis M. Hernández (miembro grupo expertas y docente)
Laura Campoy (miembro grupo expertas y docente)
Eveling Carrazco (miembro grupo expertas)
Luis Hernández Martínez (voluntario Farmamundi)

Diseño y Maquetación Guía

Chamana Audiovisual (Sandra Maldonado)

Diseño logo proyecto

Urko Aizpuru Fraile

Ilustraciones

Alhama Molina

Esta publicación ha sido posible gracias a la financiación de la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional al Desarrollo (AACID) del proyecto "SALUDándonos: Fortaleciendo el sector sociosanitario andaluz para el abordaje de situaciones de vulnerabilidad en salud local y comunitaria".

© 2026 by Farmamundi is licensed under Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International.
To view a copy of this license, visit http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

ÍNDICE

1. Introducción 4

2. Criterios clave 6

3. Enfoque Género 7
3.1 Pautas para la transversalización del Enfoque de Género en comunicación
3.2 Herramientas para trabajar género y VBG

4. Enfoque Derecho de la Infancia y adolescencia 20
4.1 Pautas para la transversalización del Enfoque de la Infancia y Adolescencia en comunicación
4.2 Herramientas para trabajar derechos de la infancia y adolescencia

5. Enfoque Transcultural 36
5.1 Pautas para la transversalización del Enfoque de la Infancia y Adolescencia en comunicación
5.2 Herramientas para trabajar salud emocional con población migrante

6. Enfoque Intergeneracional 49
6.1 Pautas para la transversalización del Enfoque Intergeneracional en comunicación
6.2 Herramientas para trabajar la salud emocional con mayores

7. Salud mental/salud emocional de profesionales 58
7.1 El impacto del desgaste y el trauma
7.2 El peso del patriarcado en la gestión emocional
7.3 Estrategias de futuro: Hacia la autorregulación

8. Bibliografía y recursos 64



INTRODUCCIÓN

La complejidad de las realidades sociales actuales exige una transformación profunda en las estrategias de intervención de las y los profesionales del ámbito social, educativo y sanitario. Este dossier nace de los contenidos ofrecidos por diferentes profesionales que han participado como docentes en la formación online, realizada en el marco del proyecto "Saludándonos"[1], y del trabajo interno del equipo técnico realizado junto al grupo de expertas que nos han acompañado. Supone una respuesta operativa a la necesidad de construir puentes entre disciplinas, superando la fragmentación de los servicios tradicionales para ofrecer un acompañamiento integral y verdaderamente centrado en las personas.

En un escenario donde las problemáticas de la ciudadanía están interconectadas de forma sistémica, desde lo local a lo global, resulta indispensable incluir enfoques transversales (basados en derechos humanos, género, interseccional, infancia y adolescencia e intergeneracional) que permeen la práctica y sitúen la dignidad humana en el centro de toda acción institucional y comunitaria.

El punto de partida de este dossier de herramientas es la revisión crítica y constante de la práctica profesional. Lejos de entender la intervención como la aplicación mecánica de protocolos heredados, este documento invita a las y los profesionales que trabajan en atención directa en diferentes ámbitos a la autoevaluación, cuestionando de forma activa los métodos empleados y los sesgos que operan en el día a día. Revisar la práctica no implica únicamente evaluar el éxito de la intervención, sino someter a análisis crítico y ético nuestras metodologías, actualizar los conocimientos técnicos y flexibilizar los modelos de atención para dar respuesta a contextos dinámicos y multiculturales. Este ejercicio de reflexividad actúa como un motor de innovación y un garante de que las intervenciones sean justas, eficientes y respetuosas con las particularidades de cada usuario. Cabe destacar que tal trabajo se hace extensible a cómo comunicamos desde nuestras entidades, porque la forma en la que nombramos realidades o las invisibilizamos, también influye en nuestra práctica.

Bajo este prisma transversal, y desde la premisa de la salud como un derecho universal, la salud mental emerge no como un componente secundario, sino como el eje articulador del bienestar individual y colectivo. El dossier aborda esta dimensión desde una perspectiva bidireccional, reconociendo de igual manera las necesidades de las personas con las que se trabaja y de las/los propios profesionales. Para las personas atendidas (con, para y junto a quienes trabajamos) se proponen herramientas destinadas a derribar el estigma, fortalecer la resiliencia y asegurar que el soporte psicológico esté integrado de forma natural en los itinerarios sociales, sanitarios y educativos. Paralelamente, se concede un espacio prioritario al cuidado de quienes cuidan. La prevención del desgaste profesional (*burnout*), el manejo del estrés laboral y la creación de redes internas de apoyo mutuo son tratados como imperativos institucionales esenciales, asumiendo que la calidad del servicio técnico está intrínsecamente ligada a la salud emocional de los equipos de intervención.

Finalmente, este marco de actuación cobra pleno sentido cuando se adopta una visión global y holística de la salud. De acuerdo con los modelos contemporáneos de bienestar, la salud no se define simplemente como la ausencia de enfermedad o afección, sino como un estado de completo equilibrio físico, mental, social y ambiental.

[1]Disponible en: https://medicusmundisur.org/blog/educacion-para-la-transformacion-social/mooc-gratuito-saludandonos/

Por ello, las herramientas recopiladas en estas páginas están diseñadas para incidir de forma directa e indirecta en la práctica de atención directa, poniendo atención a los enfoques transversales.

Al conectar los sectores social, educativo y sanitario bajo una misma estrategia global, este dossier aspira a ser un manual vivo para la transformación, proporcionando metodologías prácticas que transformen la teoría interseccional en acciones cotidianas con un impacto real, sostenible e integrador en las comunidades.



CRITERIOS CLAVE

El presente dossier se basa en principios fundamentales como la salud global, los derechos humanos, la equidad de género, la interseccionalidad, el respeto por la diversidad cultural, los derechos de la infancia y adolescencia y la perspectiva intergeneracional. Estas perspectivas y enfoques integrales garantizan que las herramientas ofrecidas en este dossier promueven un bienestar sostenible y equitativo para todas las personas en los ámbitos de intervención social, sanitario y educativo a nivel local y global.

Enfoque Derechos Humanos

Todas las recomendaciones de este dossier están fundamentadas en el reconocimiento de la salud como un derecho humano universal, indivisible e inalienable. Esto implica garantizar el acceso equitativo a servicios de salud, independientemente de la situación socioeconómica, etnia, edad, género o ubicación geográfica.

Enfoque Género

Se adopta una perspectiva de género que reconoce y aborda las desigualdades específicas que enfrentan mujeres, hombres y personas de género diverso en el acceso a la salud. Esto incluye considerar cómo las normas sociales, roles y estereotipos afectan la salud y el bienestar.

Enfoque Interseccional

Reconoce la presencia simultánea de varias características de una persona y examina cómo se cruzan factores como el género, la clase social, la etnia y la edad. Explica que las formas de discriminación no actúan por separado, sino que se juntan y crean nuevas y mayores desventajas.

Enfoque Derechos de la Infancia y Adolescencia

Es una perspectiva que reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de pleno de derecho y ciudadanos/as activos/as, pasando de ser vistos como objetos de protección o caridad a titulares capaces de exigir el cumplimiento de sus necesidades. Se basa en la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas.

Enfoque Diversidad Cultural

Este último criterio reconoce la riqueza de las distintas culturas, valores y prácticas de las comunidades. Implica respetar y adaptar las estrategias de salud para que sean culturalmente apropiadas y significativas para las poblaciones a las que se dirigen.

Enfoque Intergeneracional

Reconoce la relación, el intercambio de saberes y la solidaridad entre personas de distintas edades. Busca conectar de forma horizontal a personas jóvenes, adultas y mayores para lograr un beneficio mutuo.

ENFOQUE GÉNERO



3. ENFOQUE GÉNERO

La transversalización de enfoques en la comunicación y práctica de la intervención social, sanitaria y educativa es un requisito indispensable para garantizar una práctica profesional integral, justa y de alta calidad. Lejos de ser meras etiquetas conceptuales, la integración de los enfoques de género, derechos de infancia y adolescencia, transcultural e intergeneracional dota a nuestras actuaciones de una visión holística que supera la mirada fragmentada de la realidad y atiende a las múltiples dimensiones de la persona, y esto es necesario aplicar la perspectiva interseccional.

Esta práctica asegura una sólida coherencia institucional, alineando cada acción con los marcos internacionales de derechos humanos y optimizando los recursos al diseñar respuestas metodológicas más eficaces y adaptadas a las necesidades reales de la población.

El impacto directo de esta mirada conjunta transforma los sectores social, sanitario y educativo, promoviendo de forma activa la equidad y la justicia social al reducir drásticamente las brechas de desigualdad y prevenir la exclusión. Asimismo, este marco conceptual transforma la relación con y junto a las personas con quienes trabajamos, reconociéndolas como sujetos de pleno de derecho y agentes activos de su propio cambio, a la vez que potencia la conexión comunitaria mediante el fomento del diálogo y el apoyo mutuo entre las diferentes etapas del ciclo vital.

3.1 Pautas para la incorporación de enfoque de género en comunicación

Entendiendo que el género es una diferencia estructural que afecta al conjunto de la población.

La comunicación inclusiva, desde un enfoque de género y de diversidad en equidad es un paso indispensable para la consecución de un mundo más justo, donde todas las personas estén reconocidas, visibilizadas y valoradas de forma equitativa, más allá de utilizar el género neutro o el femenino en el habla o escritura. Incorporar buenas prácticas para una comunicación inclusiva es una de las herramientas de transformación social más útiles que podemos incorporar a los procesos de creación colectiva de contenidos formativos.

El enfoque de género no trata exclusivamente de utilizar un lenguaje inclusivo, se trata de un uso respetuoso y consciente de la lengua en los diferentes canales de comunicación para la promoción y defensa del derecho a la salud desde la equidad y justicia social.

Por ello se presentan a continuación una serie de ítems a tener en cuenta tanto por parte de los equipos como por cualquier servicio técnico contratado en los proyectos que se llevan a cabo desde las entidades.

Cabe recalcar que la comunicación inclusiva es totalmente compatible con los principios fundamentales de la comunicación divulgativa y educativa:

- Concisión, claridad y cohesión.
- Adecuación, accesibilidad, comprensión y aceptabilidad.
- Relevancia, exactitud y calidad de la información.

Específicamente, se realizará la revisión y edición de los contenidos pedagógicos y piezas de comunicación desde un enfoque de género y de diversidad en equidad en relación a:

LENGUAJE (ORAL Y ESCRITO)

En relación a los textos escritos, estas pautas deben incorporarse a los artículos, publicaciones, post en redes sociales, agenda web, carteles, entre otras piezas de comunicación externa; y también a cuestiones más operativas y de gestión como informes del proyecto.
Como propuestas principales se incluirá en alternancia y de manera equilibrada para garantizar los criterios divulgativos y educativos de los textos escritos:

A. Utilización del femenino plural con valor genérico para designar grupos o categorías en referencia a PERSONAS.
Ej: Las estudiantes del instituto o los y las estudiantes del instituto (en vez de) los estudiantes del instituto.

B. Evitar posicionar a las mujeres como apéndices de los hombres. Situarlas en el lugar que ocupan (ej1). Tratar de mencionar los vínculos afectivos desde el genérico evitando así reproducir un discurso heteronormativo (ej2).
Ej1: Los embajadores y las embajadoras (en vez de) los embajadores y sus esposas.
Ej2: El profesorado podrá acudir con su pareja/acompañante (en vez de) los profesores podrán acudir con sus mujeres.

C. Uso de formas femeninas para nombrar la participación, protagonismo y agencia de las mujeres (cargos, profesiones, titulaciones, adjetivos, entre otras) para visibilizar la ocupación de cargos de responsabilidad decisoria generalmente formulados en masculino, además de desvincular las profesiones a los géneros.
Ej: La ministra de exterior acudió a su médica ayer (en vez de) La ministro de exterior acudió a su médico ayer.

D. El uso de la barra quedará limitada a casos excepcionales (encabezamientos, formularios a rellenar en anexos que necesitan economizar espacio, entre otros). Otras fórmulas (@, X, =) se evitarán, pues obstaculizan la lectura y comprensión del texto. Estas fórmulas no son accesibles y, por tanto, no son correctas para una comunicación inclusiva.

En la comunicación oral todas estas pautas son aplicables, sin embargo:

- El desdoblamiento de los géneros puede ser una opción para hacer énfasis en la inclusividad.
- Los primeros y los últimos minutos son los más importantes y se debe prestar especial atención a incorporar el lenguaje inclusivo.

CONTENIDOS

A. Evitar el androcentrismo en la propuesta de contenidos, tanto con el uso de un lenguaje inclusivo como:
- Incluyendo referentes de mujeres y feministas en los contenidos, piezas y acciones de comunicación.
- Utilizando fuentes y experiencias de mujeres y feministas para validar los contenidos.
- Evitando asimetrías en el trato y la representación (paridad).

B. Acciones anti-sexistas y deconstrucción de estereotipos:
- Adjetivando sin sexismo.
- Destacando cualidades sin sexismo.

Adjetivando sin sexismo.
- Destacando cualidades sin sexismo.
- Enfocar los documentos, guías, revistas, etc. sin reproducir marcas de género y evitando asociar las tareas reproductivas a lo femenino y las productivas a lo masculino.
- Apostando por la agencia, protagonismo y voz de las mujeres y otras identidades de género diversas evitando la habitual victimización, pasividad y rol secundario con las que se las representa.
Ej: Cocina, hogar, estética, salud sexual y reproductiva, deporte, academia, etc. (población social genérica) (en vez de) Cocina, hogar, estética y belleza, salud sexual y reproductiva (orientado a población femenina) y naturaleza, deporte, automovilística y académica (orientado a población masculina).

C. Transversalidad de género: garantizando que este enfoque esté presente en todos los contenidos, acciones y piezas, en algunos casos de manera específica y en otros de manera transversal. Para ello, contar con información que sustente y argumente, que explique las causas y problemáticas asociadas, que contextualice y/o involucre propuestas de transformación concretas.

D. Mención expresa de 3 géneros en formularios o documentos administrativos.
Ej: Sexo con el que te identificas: Hombre, Mujer, Otro (la opción otro puede referirse a género neutro, no binario, fluido, etc.) (en vez de) Sexo con el que te identificas: Hombre o Mujer.

E. Reconocer la desigualdad y proponer soluciones: es importante que nuestros contenidos visibilicen las desigualdades por razón de género; pero además, que analicen las causas y problemáticas de esta desigualdad y, si es posible, referencias a buenas prácticas para contrarrestarlas.

F. Diversidad en equidad: aplicar estos valores y principios para incluir en los contenidos la presencia y protagonismos de personas de la diversidad sexual, cultural, racial, económica, funcional, entre otras.

G. No utilizar exclusivamente la palabra "mujer" cuando se refiere a la población femenina. No hay un único modelo de mujer.
Ej: Hay un total de 285 mujeres y/o personas menstruantes en plena fase ovulatoria (en vez de) Hay un total de 285 mujeres menstruantes en plena fase ovulatoria.

AUDIOVISUAL, FOTOGRAFÍA Y DIFUSIÓN

Incorporar todo lo anterior en el uso y selección de imágenes, ilustraciones o vídeo, prestando especial atención a la representación de las mujeres y otras diversidades en cuanto a:

A. Visibilizar la diversidad como riqueza (edades, cuerpos, capacidades, razas, culturas...) y sus realidades estructurales.

B. Procurar la paridad en la aparición de las imágenes y promover la participación y visibilización de la población femenina y minorías silenciadas en los medios de comunicación para una representación coherente de las mismas en espacios públicos.
Ej: Mujer racializada dando un discurso sobre las mujeres racializadas (en vez de) Hombre blanco español dando un discurso sobre la opresión de las mujeres racializadas.

C. En caso de representar situaciones de vulneración o problemáticas concretas: **contar con el acuerdo** de la fotografiada, evitar el morbo y la victimización, apostar por un rol activo y de lucha, etc.

D. Abordar la violencia de género evitando a toda costa un tratamiento sensacionalista de la misma mediante estereotipos y la minimización de la conducta de la persona agresora o sesgos discriminatorios. Transformando la persona de objeto pasivo a sujeto activo del proceso de transformación social.
Ej: Las mujeres supervivientes de violencia de género han creado un programa de acompañamiento (en vez de) las mujeres víctimas de violencia de género han creado un programa de acompañamiento.

FUENTES, REFERENTES Y PROTAGONISTAS

Incorporar todo lo anterior en el uso y además:

A. Que los **contenidos sean validados por las personas o entidades referentes** que consideramos expertas para asegurar que las fuentes, documentales, testimoniales o digitales sean de calidad y coherentes.

B. Facilitar el acceso a los contenidos relativos a la igualdad de oportunidades, lenguaje inclusivo y equidad de género para las personas internautas.
Ej.: Click en Guía sobre lenguaje inclusivo a través del siguiente enlace (en vez de) Click en la web, apartado de recursos, Guías e Informes, Guía sobre lenguaje inclusivo.

C. Datos desagregados por sexos para contemplar así los sesgos de género y variables determinantes, siguiendo, además, criterios de equidad en relación a la diversidad de procedencias, edades, niveles educativos, culturas, condiciones económicas, etc.
Ej: El 75% de la población de 'X' territorio ha sufrido ataques de ansiedad el último año. Sin embargo, al desagregar los datos por género observamos diferencias significativas: el 42% de las mujeres, el 33% de los hombres y el 51% de las personas con identidades de género diversas (incluyendo personas no binarias) reportaron haber sufrido ataques de ansiedad durante ese periodo.

3.2. Herramientas para trabajar género y VBG

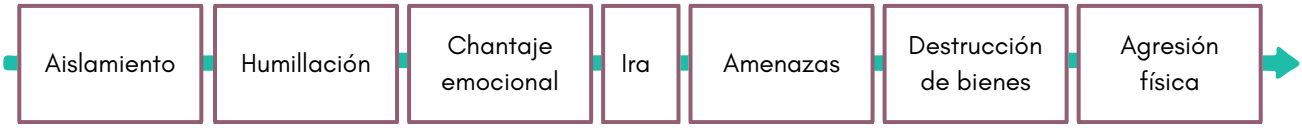
Este enfoque proporciona un marco conceptual, indicadores y buenas prácticas esenciales para abordar la **Violencia Basada en el Género (VBG)** y la **Trata con fines de explotación** desde **una perspectiva de género.**

Comprender la estructura y los mecanismos de la violencia basada en el género (VBG) es el primer paso para una intervención eficaz. Por lo que hay que tener claro un marco teórico básico:

- **Iceberg de la VBG[2]:** identifica la violencia visible (agresiones físicas, insultos) y no visible (control, aislamiento, chantaje).

[2]Te recomendamos el recurso de Amnistía Internacional disponible en https://blogs.es.amnesty.org/madrid/2021/03/01/niunamas-como-karla/iceberg-violencia-genero-default/

- **Escalera de la VBG**: existe una progresión del maltrato que consiste en los siguientes mecanismos/actitudes hacia la víctima:



- **Ciclo de la VBG:** las **tres fases principales** de la VBG dentro de la pareja forman el denominado "ciclo de la violencia" (desarrollado por la psicóloga Lenore Walker). Este patrón no es estático ni lineal; funciona como una espiral o círculo vicioso.



Con el paso del tiempo, **la fase de luna de miel tiende a desaparecer** por completo. La violencia se vuelve mucho más frecuente, intensa y peligrosa, reduciendo la dinámica de la relación únicamente a la alternancia entre la acumulación de tensión y agresiones físicas cada vez más graves.

A continuación, destacamos buenas prácticas en intervención en relación a la atención a las mujeres víctimas de VBG. A modo de directrices transversales para cualquier tipo de acompañamiento:

- **Creer a la víctima y no minimizar:** Validar su relato para evitar procesos de revictimización y no perpetuar el poder del agresor.
- **Escucha activa:** Sin presiones ni juicios morales; garantizar un entorno seguro y confidencial.
- **Acompañamiento:** Derivación efectiva a recursos especializados y promoción de la autonomía.
- **Enfoque centrado en la víctima:** Priorizar su seguridad, voluntad y capacidad de autodeterminación (no ser paternalistas).

En el caso de mujeres víctimas de Trata y Explotación, entendiendo esta una forma de VBG hemos de tener en cuenta una serie de indicadores de alerta y herramientas para la atención:bnb

Indicadores de alerta
Captación: Procesos migratorios irregulares, figura del "loverboy", o retención de documentación
Condiciones: Hacinamiento, insalubridad, control estricto del tiempo y ausencia de autonomía ec
Salud Física/Mental: Deterioro general, consumo de drogas, sintomatología depresiva, autolesion
Relaciones: Aislamiento extremo, red social nula y dependencia forzada.

Herramientas de Atención
Atención directa: Unidades móviles y generación de vínculo en zonas de conflicto.
Atención integral: Coordinación para la recuperación (atención psicosocial, orientación laboral, asesoramiento jurídico).
Acceso a derechos: Facilitar información sobre procesos de regulación administrativa y acceso a la salud.

HERRAMIENTA 1.	ICEBERG DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO
ENFOQUE QUE ABORDA	**Género**
OBJETIVOS	Profundizar en las violencias de género visibles e invisibles
TEMÁTICAS QUE ABORDA	Violencias basadas en el género (VBG)
DIRIGIDO (A QUÉ COLECTIVO)	Profesionales sociales, sanitarios y educativos Mujeres Juventud
DURACIÓN	Sin duración determinada, pudiendo utilizarse en el marco de talleres o formaciones.
METODOLOGÍA	Dependiendo de la actividad que se desarrolle. Puede ser un recurso para visibilizar en espacios formativos, o puede utilizarse para de forma grupal y participativa definir tipologías de violencias y colocarlas como "visibles y no visibles", y ahondar en las formas "explícitas y formas sutiles" y comparar posteriormente con la imagen.
DOCUMENTOS DE APOYO	Amnistía Internacional (2021). *Icebergs de la Violencia*. https://blogs.es.amnesty.org/madrid/2021/03/01/niunamas-como-karla/iceberg-violencia-genero-default/ Generalitat Valenciana. Poyecto Daphne: https://sosvics.eintegra.es/Documentacion/00-Genericos/00-01-Guias/00-01-049-ES.pdf Comisión igualdad de género de la Universidad Nacional de México: https://coordinaciongenero.unam.mx/avada_portfolio/iceberg-violencias-genero/ Punto Convergente, Argentina: https://puntoconvergente.uca.edu.ar/el-iceberg-de-la-violencia-de-genero-que-es-y-por-que-es-importante-conocer-todo-sobre-el/

HERRAMIENTA 2.	"¿RECONOCES ESTAS AGRESIONES?: ESCALERA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO"
ENFOQUE QUE ABORDA	**Salud mental, Género**
OBJETIVOS	Favorecer que las personas participantes identifiquen la escalera de la violencia de género y las señales tempranas, evitando la normalización y minimización, favoreciendo así el acompañamiento
TEMÁTICAS QUE ABORDA	Violencia de género en la pareja como escalada progresiva (no hecho puntual). Violencia psicológica (aislamiento, control, humillaciones, chantaje), violencia económica y violencia física. Señales de alarma y mitos que dificultan la detección ("sólo es celoso", "son cosas de pareja", etc.). Impacto en la salud física y mental de las víctimas.
DIRIGIDO (A QUÉ COLECTIVO)	Profesionales sanitarios y sociosanitarios que realizan atención directa
DURACIÓN	10 min: apertura, encuadre y representación de la escalera 30 min: trabajo por escalones con ejemplos y análisis en grupos 20 min: propuestas de actuación profesional 10 min: cierre
METODOLOGÍA	Vivencial y participativa: el grupo reconstruye la escalera de la violencia, reconoce señales y piensa qué haría desde su rol. Enfoque centrado en la víctima: se evita culpabilizar y se insiste en la responsabilidad del agresor y en el derecho a la protección.
DOCUMENTOS DE APOYO	"Historia de Pepa y Pepe" contada por Carmen Ruíz Repullo: *https://www.youtube.com/watch?v=IpaabDdQNO8* "Encadenadxs", vídeo proyecto Aulas en Resiliencia, disponible en https://aulasresilientes.saludglocal.org/materiales/
PROCESO	1. Apertura y activación **Introducción** (5 min) La persona dinamizadora presenta el objetivo: comprender la violencia de género como escalera/escalada, no como "estallido puntual". Pregunta inicial al grupo: "¿Creéis que la violencia de género aparece de repente o va subiendo poco a poco?". Se muestra, sin entrar aún al detalle, la escalera con estos escalones (de abajo arriba): Aislamiento. Humillación. Chantaje emocional. Ira/intimidación. Amenazas. Destrucción de bienes personales. Agresión física.

Posicionamiento rápido (5 min)

Se pregunta: "¿En qué escalón pensáis que muchas veces empieza la violencia de género?" y se invita a que, de forma voluntaria, alguna persona se acerque al escalón que crea más "inocente" o "normalizado" (suele ser aislamiento o humillación).

Breve debate guiado, sin profundizar todavía en casos concretos.

Trabajo por escalones con tarjetas (15 min)

Se divide al grupo en subgrupos y se reparte a cada uno 1–2 escalones para trabajar. Cada grupo recibe tarjetas con ejemplos breves que luego colocará en la escalera.

Aislamiento
Control de con quién habla, críticas a amistades/familia, dificultar que salga sola, revisarle el móvil o redes sociales, hacer que dependa de él para casi todo.

Humillación
Insultos, desprecios, ridiculizar en público o en privado, hacerla sentir inferior o "loca", cuestionar su capacidad como madre o trabajadora.

Chantaje emocional
"Si me dejas, me mato", "Si no haces esto, me voy con otra", manipulación con los hijos, culpabilización de que "por tu culpa me pongo así".

Ira / intimidación
Gritos, golpes a la pared o a muebles, miradas de miedo, "explosiones" de rabia que hacen que ella camine "sobre cáscaras de huevo".

Amenazas
Amenazas de hacerle daño a ella, a sus hijos, a su familia, de quitarle la custodia, de denunciarla falsamente o de difundir fotos íntimas.

Destrucción de bienes personales
Romperle el móvil, el ordenador, ropa, fotos, recuerdos, dañar al animal de compañía para intimidarla.

Agresión física
Empujones, zarandeos, agarrones, bofetadas, golpes, agresiones con objetos o armas, que pueden llegar a violencia física severa y riesgo vital.

Dinámica en grupos (15 min)

Cada grupo:

- Define su escalón con sus propias palabras (qué lo caracteriza).
- Elabora o selecciona ejemplos de conductas típicas de ese escalón.
- Reflexiona sobre cómo puede aparecer la víctima delante de un profesional sanitario (síntomas físicos, estado emocional, frases que podría decir).

Puesta en común y construcción de la escalera (15 min)

Por turnos, cada grupo se coloca junto a su escalón.

Presenta:

- Qué pasa en ese escalón.
- 2–3 ejemplos de conductas.
- Cómo podría detectarlo un/a profesional (frases tipo: "Últimamente casi no veo a mis amigas", "Es muy celoso, pero eso es que me quiere").

La dinamizadora va pegando los posits en la escalera y señalando cómo "sube" la violencia de un escalón a otro, conectándolo con la idea de escalada.

Pregunta al grupo:

"Si tuviéramos a una mujer en el primer o segundo escalón, ¿ya hay violencia de género o todavía no?" y se refuerza el mensaje: las humillaciones, amenazas, intimidaciones y destrucción de objetos son violencia, no "previas".

Propuestas de actuación profesional (20 min)

Todo el grupo debatirá sobre posibles actuaciones:

Se dinamiza lanzando preguntas como: ¿Qué señales físicas, emocionales o narrativas pueden alertar en consulta? (lesiones, ansiedad, aislamiento, cambios bruscos de conducta, frases ambiguas, etc.).

¿Qué podría decir yo desde mi rol para abrir espacio seguro sin culpabilizar?

¿Qué recursos o circuitos de derivación conozco o necesito conocer (teléfonos, trabajo social, unidades especializadas, protocolos de mi centro)?

Cierre (10 min)

Conclusiones de cierre y repetimos el mensaje principal.

HERRAMIENTA 3.	“IMPONEN EMOCIONES, PARA LAS PERSONAS, SIN ELLAS.”
ENFOQUE QUE ABORDA	**Género y salud emocional**
OBJETIVOS	Comprender cómo el sistema patriarcal moldea de forma diferente la expresión de la agresividad y la frustración en hombres y mujeres, y qué implicaciones tiene para la salud mental y las relaciones.
TEMÁTICAS QUE ABORDA	Relación entre patriarcado, socialización de género y formas de gestionar la agresividad y la frustración. Analiza la socialización de género que anima a muchos hombres a exteriorizar la agresividad (conductas violentas, consumo, explosiones de ira) y a muchas mujeres a dirigirla hacia dentro (culpa, ansiedad, depresión, autoexigencia). Introducir claves para leer estas diferencias no como algo “natural”, sino como resultado de normas patriarcales que dañan a ambos sexos. Se puede utilizar para trabajar masculinidades no tóxicas.
DIRIGIDO (A QUÉ COLECTIVO)	Profesionales de ámbitos sociosanitarios, educativos y sociales Mujeres Juventud Ciudadanía
DURACIÓN	30-45 min
METODOLOGÍA	Sesión principalmente expositiva, con apoyo de ejemplos y breves momentos de reflexión guiada.
PROCESO	• **Breve exposición del patriarcado** • **Patriarcado y agresividad** Se inicia la sesión dividiendo al grupo en 2 subgrupos y se les entrega la fotografía de un/a bebé, la imagen será la misma para ambos grupos, solo que a cada uno se le asignará un género. Se pide al grupo que lo imaginen a lo largo de su vida y le añadan adjetivos. Tras un debate y la exposición de cada grupo, se presenta la idea de socialización de género como el proceso por el cual, desde la infancia, se interiorizan expectativas y normas sobre lo que “debe” ser un hombre o una mujer. En este marco, a muchos niños se les enseña a asociar la masculinidad con fuerza, control, competitividad y capacidad de imponer, mientras que a muchas niñas se les enseña a ser complacientes, cuidadoras, calladas y responsables del bienestar ajeno, desalentando la expresión abierta de la rabia o la defensa propia.

	Se señala que, en sociedades patriarcales, la violencia de los hombres se normaliza y se justifica como "propia de su naturaleza", mientras que la agresividad de las mujeres se castiga y se etiqueta como impropia o patológica, lo que favorece que ellas aprendan a tragarse la rabia y dirigir el malestar hacia dentro. **FRUSTRACIÓN EN HOMBRES:** Se aborda cómo los modelos de masculinidad hegemónica promueven que muchos hombres tienden a externalizar la frustración y el dolor mediante conductas dirigidas hacia fuera: explosiones de ira, violencia sobre otras personas, conductas de riesgo, abuso de sustancias, conductas antisociales, etc. Se conecta con la evidencia de que los hombres presentan más problemas externalizantes (agresividad, consumo de drogas, conductas violentas) que las mujeres, en parte por haber aprendido que la vulnerabilidad, el llanto o la búsqueda de ayuda son signos de debilidad incompatibles con "ser un hombre de verdad". Se subraya que este patrón no es "biológico" sino social: el mandato de controlar, dominar y no mostrar fragilidad empuja a canalizar la frustración en acciones exteriores que dañan a otros y también al propio hombre, alimentando ciclos de violencia y aislamiento emocional. **FRUSTRACIÓN EN MUJERES:** Se explica que, en contraste, la socialización patriarcal enseña a muchas mujeres a internalizar el malestar: cuando sienten rabia, injusticia o frustración, tienden a dirigirla hacia ellas mismas, transformándola en culpa, tristeza, autocrítica, ansiedad o síntomas somáticos. Los trastornos más prevalentes en mujeres son, precisamente, los internalizantes: depresión, trastornos de ansiedad, algunos trastornos alimentarios, que se expresan de forma más "privada", sin estallidos visibles de agresividad hacia fuera. Se señala cómo la normalización de la violencia estructural contra las mujeres hace que muchas se sientan responsables de las agresiones que reciben, no aprendan a defenderse y toleren niveles altos de maltrato, convirtiendo la agresividad que podría servir para protegerse en autodesvalorización y sobrecarga en el rol de cuidadoras. NOTA: Desde una perspectiva de intervención, se propone que trabajar con hombres implica ofrecer espacios donde puedan reconocer y expresar vulnerabilidad sin recurrir a la agresividad, cuestionar los mandatos de dominio y construir masculinidades alternativas; mientras que trabajar con mujeres implica legitimar la rabia como respuesta a la injusticia, favorecer la autoafirmación y despatologizar muchas formas de malestar que son reacciones a violencias estructurales.
DOCUMENTOS DE APOYO	"Explicación básica del patriarcado para impertinentes", disponible en https://www.pikaramagazine.com/2018/01/explicacion-basica-del-patriarcado-para-impertinentes/ "La vitalidad del patriarcado", disponible en https://dspace.uces.edu.ar/bitstream/123456789/1550/1/Meler_2010_Topia-59.pdf

ENFOQUE
DERECHOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA



4. ENFOQUE DERECHOS DE LA INFANCIA ADOLESCENCIA

El claro compromiso con la garantía de integrar el enfoque de infancia y adolescencia pasa por hacerlo en todas las políticas, programas y acciones, reconociendo y valorando las niñeces como sujetos de derecho para lograr un desarrollo, educación o atención más justo, equitativo y pertinente, no como un tema aislado, sino como un eje central que permea todas las decisiones y estructuras, promoviendo el diálogo y la igualdad de derechos a las niñas, niños y adolescentes (NNA).
Entendiendo que NNA no solo se ven afectados/as por las decisiones que se toman en materia de salud, sino que participan activamente en la construcción de hábitos, significados y prácticas de cuidado, tanto en sus familias como en sus comunidades. En este sentido, en los proyectos de salud local y comunitaria que integran de manera real la perspectiva y participación de las niñeces, los resultados son más sólidos y duraderos.

4.1 Pautas para la inclusión del enfoque de infancia y adolescencia en comunicación

Estas pautas buscan orientar a las y los profesionales para asegurar una comunicación, formación y práctica social justa, no discriminatoria y reconociendo la diversidad de las infancias, evitando miradas adultocéntricas y promoviendo la participación activa de NNA. En este sentido, incorporar un enfoque de infancia:

- **Reconocer las niñeces como sujetos de derecho,** no como beneficiarios/as pasivos/as de las intervenciones en salud.
- **Reconocer el interés superior de NNA,** como criterio orientador en el diseño, implementación y evaluación de actividades del proyecto.
- Dar cuenta de que no es un tema aislado: la **mirada de NNA debe integrarse como eje transversal** en todas las áreas del proyecto: salud, educación, comunicación, gestión, participación comunitaria, etc.
- **Construir una ciudadanía sin discriminación**, atendiendo a las múltiples desigualdades que atraviesan a las infancias (origen cultural, género, diversidad funcional, situación administrativa, contexto socioeconómico).
- **Garantizar espacios adecuados** a la edad y madurez de NNA, evitando prácticas simbólicas o consultivas sin impacto real.
- **Lograr pertinencia cultural**: adaptar servicios y programas para que sean apropiados para NNA.

La comunicación inclusiva, desde un enfoque de infancia es un paso indispensable para la consecución de un mundo más justo y donde todas las personas estén reconocidas, visibilizadas y valoradas de forma equitativa. Incorporar buenas prácticas para una comunicación inclusiva es una de las herramientas de transformación social más útiles que podemos incorporar a los procesos de creación colectiva de contenidos formativos.

El enfoque de infancias no trata únicamente de reconocer a NNA como sujetos de derecho, sino de utilizar una comunicación respetuosa, contextualizada y consciente en los diferentes canales de comunicación para generar salud, de manera que favorezca el entendimiento mutuo, el bienestar comunitario y relaciones interculturales saludables.

Por ello, se presentan a continuación una serie de ítems a tener en cuenta tanto por parte de los equipos técnicos como por cualquier servicio técnico contratado en los proyectos.

Cabe recalcar que la comunicación inclusiva, desde un enfoque de infancia, es totalmente compatible con los principios fundamentales de la comunicación divulgativa y educativa:

- Concisión, claridad y cohesión.
- Adecuación, accesibilidad, comprensión y aceptabilidad.
- Relevancia, exactitud y calidad de la información.

Como primer paso se debe reconocer que **el enfoque de infancia no se limita a acciones específicas dirigidas a NNA**, sino que atraviesa todas las áreas del proyecto, incluyendo:

- Salud comunitaria, incorporando las percepciones, saberes y prácticas de las niñeces en relación con el cuidado, el cuerpo y el bienestar.
- Educación y formación, adaptando contenidos, metodologías y tiempos a las capacidades y formas de aprendizaje de NNA.
- Comunicación, garantizando mensajes accesibles, comprensibles y culturalmente pertinentes para distintas edades.
- Participación comunitaria, fomentando espacios intergeneracionales donde las voces de las niñeces sean escuchadas y valoradas.

Este enfoque contribuye a cuestionar dinámicas adultocéntricas y a promover relaciones más horizontales dentro de las comunidades. De esta manera, busca garantizar el derecho de NNA a recibir información adecuada y a expresar sus opiniones, específicamente, en el marco del proyecto, en temas relacionados con su salud y bienestar. Para ello, es fundamental:

- **Investigar previamente las características de las infancias participantes** (edad, contexto cultural, lengua, dinámicas comunitarias).
- **Utilizar metodologías participativas** que permitan comprender cómo NNA interpretan la salud, el cuidado y las relaciones comunitarias.
- **Evitar discursos normativos, moralizantes o excesivamente técnicos** que dificulten la comprensión y la apropiación de los contenidos.

LENGUAJE ORAL Y ESCRITO

En relación a los textos escritos, estas pautas deben incorporarse a los artículos, publicaciones, post en redes sociales, agenda web, carteles, entre otras piezas de comunicación externa; y también a cuestiones más operativas y de gestión como informes del proyecto.

Como propuestas principales se incluirá en alternancia y de manera equilibrada para garantizar los criterios divulgativos y educativos de los textos escritos:

A. Tener muy presentes nuestras propias ideas preconcebidas y prejuicios que pueden llevarnos a naturalizar ciertas actitudes adultocéntricas y a representar a NNA como incapaces o dependientes absolutos.

B. Utilización de lenguaje claro y respetuoso que sea comprensible para distintas edades, que facilite la comprensión sin infantilizar simplificando en exceso. *Ej.: Cuidarnos es algo que hacemos juntas y juntos en casa, en la escuela y en el barrio. En vez de las prácticas de cuidado suceden en distintas esferas, públicas como la escuela o el barrio y en privadas como en el hogar.*

C. Adecuación lingüística y cultural. Adaptar términos y expresiones al contexto cultural consultando a las comunidades y a las propias niñeces sobre los términos utilizados. *Ej: Consultar "¿Este término refleja bien la idea que queremos comunicar o prefieren otro que usen habitualmente?" en vez de realizar traducciones literales que no respetan significados culturales de la diversidad de niñeces.*

D. Respeto a las formas de expresión infantil, incluyendo narrativas, juegos, silencios y lenguajes no verbales. *Ej.: "Puedes participar como te resulte más cómodo: hablando, dibujando o jugando".*

E. Evitar el paternalismo y la victimización, especialmente en contextos de vulnerabilidad social. Debemos evitar imágenes como las de niños y niñas desnutridos recibiendo alimentos o medicación de manos de cooperantes y con los logos de la ONGD.

F. Comunicación inclusiva, tendremos en cuenta la herramienta o técnica para obtener información. En casos excepcionales (encabezamientos, formularios a rellenar en anexos que necesitan economizar espacio, entre otros), revisaremos idioma y expresiones adecuadas al grupo, para facilitar la lectura y comprensión del texto.

G. Evitar estereotipos sobre las infancias, en textos e imágenes. No caer en la idealización, la homogeneización o la asociación con fragilidad.

H. Enfocar hacia situaciones que se salgan de las narrativas adultocéntricas dominantes sobre lo que significan las realidades de NNA en las que trabajamos.

CONTENIDOS

A. **Evitar visiones adultocéntricas y eurocéntricas**, incorporando saberes, experiencias y voces de NNA de distintos contextos culturales.

B. Promover una mirada basada en derechos, no en carencias, resaltando capacidades, resiliencias y aportes sociales de las niñeces.

C. Garantizar la transversalidad del enfoque, integrando análisis contextual, causas estructurales y propuestas de transformación.

D. Visibilizar desigualdades que afectan a NNA, analizando sus causas estructurales y proponiendo medidas de protección y promoción de derechos.

E. Evitar el uso homogéneo de la categoría "infancia", reconociendo diferencias de edad, género, origen, discapacidad y contexto social. Evitar el adultocentrismo en la propuesta de contenidos, tanto con el uso de un lenguaje inclusivo como:
- Incluyendo referentes de NNA en los contenidos, piezas y acciones de comunicación.
- Utilizando fuentes y experiencias de NNA para validar los contenidos.
- Evitando asimetrías en el trato y la representación (paridad).

F. Diversidad en equidad: aplicar estos valores y principios para incluir en los contenidos la presencia y protagonismos de niños, niñas y adolescentes.

G. No utilizar exclusivamente la palabra "niño/a" cuando se refiere a la población en general.

No hay un único modelo o experiencia de los niños, niñas y adolescentes.

AUDIOVISUAL, FOTOGRAFÍA Y DIFUSIÓN

Incorporar todo lo anterior en el uso y selección de imágenes, ilustraciones o vídeo, prestando especial atención a la representación de las mujeres y otras diversidades en cuanto a:

A. Representar la diversidad de NNA como riqueza (edades, cuerpos, capacidades, razas, culturas...)

B. Procurar la paridad en la aparición de las imágenes y promover la participación y visibilización de NNA en los medios de comunicación para una representación coherente de las mismas en espacios públicos.

C. En caso de representar situaciones de vulneración o problemáticas concretas: **contar con el acuerdo** de la fotografiada, evitar el morbo y la victimización, apostar por un rol activo y de lucha, etc.

D. Abordar las violencias de NNA evitando a toda costa un tratamiento sensacionalista de la misma mediante estereotipos y la minimización de la conducta de la persona agresora o sesgos discriminatorios. Transformando la persona de objeto pasivo a sujeto activo del proceso de transformación social.

FUENTES, REFERENTES Y PROTAGONISTAS

Incorporar todo lo anterior en el uso y, además:

A. Que los **contenidos sean validados por las personas o entidades referentes** que consideramos expertas para asegurar que las fuentes, documentales, testimoniales o digitales sean de calidad y coherentes. Cuando sea posible, también, con las propias niñeces.

B. Facilitar el acceso a los contenidos relativos a la igualdad de oportunidades, lenguaje inclusivo y equidad para NNA internautas.

C. Usar datos desagregados por edad, género y contexto.

D. Facilitar el acceso a recursos sobre enfoque de infancia.

4.2 Herramientas para trabajar derechos de la infancia y adolescencia

La aplicación de herramientas con enfoque de derechos de la infancia y la adolescencia exige una transformación radical que elimine definitivamente el sesgo patologizador de las intervenciones. Tradicionalmente, las prácticas sociales, sanitarias y educativas han tendido a etiquetar las conductas y malestares de los y las menores desde una lógica puramente clínica, invisibilizando sus capacidades y sus contextos de desarrollo.

Frente a este modelo biologicista, este compendio de herramientas sitúa en el centro la realidad genuina de la persona, reconociendo a niños, niñas y adolescentes como sujetos de pleno de derecho con voz propia y capacidad de agencia.

Para lograrlo, la intervención se desplaza hacia el análisis profundo de los determinantes de salud y bienestar, entendiendo que las problemáticas no son fallas individuales, sino el resultado de factores estructurales, familiares, socioeconómicos y ambientales.

Al evaluar y actuar desde esta perspectiva no estigmatizante, profesionales y entidades no solo previenen la medicalización innecesaria de las infancias, sino que promueven entornos protectores, equitativos y verdaderamente promotores de la salud integral.

HERRAMIENTA 1.	"CALIDAD, ÉTICA Y PARTICIPACIÓN EN LA ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA"
ENFOQUE QUE ABORDA	**Salud infantil y adolescente desde un enfoque de derechos, incorporando estándares de calidad que incluyen dimensión ética, relacional, metodológica y determinantes sociales de la salud.**
OBJETIVOS	Fortalecer y formar a los participantes en materia de derechos de infancia y adolescencia mediante las dimensiones de eticidad, de calidez, metodológica y determinantes de salud.
TEMÁTICAS QUE ABORDA	Enfoque ético y de derechos en salud infantil y adolescente. Participación de la niñez y adolescencia en procesos diagnósticos y de atención. Estándares de calidad: indicadores cuantitativos y criterios cualitativos/relacionales. Marcos de referencia (entornos protectores, protocolos integrales, enfoque de derechos). Determinantes sociales de la salud y su impacto en la infancia y la adolescencia. Riesgo de enfoques centrados solo en el déficit individual (pérdidas de calidez en las intervenciones).
DIRIGIDO (A QUÉ COLECTIVO)	Equipos profesionales que trabajan con infancia y adolescencia en el ámbito sanitario y sociosanitario.
DURACIÓN	2h
METODOLOGÍA	Marco inicial: ¿de qué hablamos cuando hablamos de "calidad" y "derechos"? (5 min) Diferenciar "calidad" entendida solo como eficiencia y resultados cuantificables (tiempos, número de visitas, listas de espera) de una calidad que incorpora criterios éticos, relacionales y metodológicos.

1.Línea de tensión: "¿En qué momentos de vuestra práctica habéis sentido tensión entre 'cumplir indicadores' y 'hacer lo que es mejor para este niño o adolescente'?" (20 min)

El extremo A significa: Cumplir indicadores, protocolos, tiempos, objetivos cuantificables

El extremo B significa: Hacer lo que considero mejor para este niño o adolescente, aunque no encaje del todo en el sistema

Consigna para el grupo: Vamos a empezar ubicándonos corporalmente en una tensión que todas y todos conocemos en nuestro trabajo. Con cada situación que leamos, cada persona se coloca donde más sienta que ha estado:

Situación 1
Consulta con retraso acumulado. Madre muy angustiada. El niño no habla, se esconde debajo de la mesa. El protocolo indica completar la exploración y cerrar el informe.
Situación 2
Adolescente que rechaza una intervención propuesta. La familia exige "hacer algo ya" y pide un informe urgente.
Situación 3
Derivación escolar por problemas de conducta. Poco tiempo para entrevistar al menor. Se espera un diagnóstico claro.

Después de cada situación, realizar una reflexión sobre el extremo en el que se colocaron más personas. Preguntas disparadoras:
¿Por qué te has puesto ahí?
¿Qué te empuja hacia un extremo u otro?

Cierre del inicio, facilitador/a

"Cuando hablamos de calidad, muchas veces pensamos sólo en eficiencia, resultados medibles o cumplimiento de objetivos.
Hoy vamos a ampliar esa idea de calidad incorporando criterios éticos, relacionales y de derechos.
Porque la infancia y la adolescencia no son solo objetos de protección, son sujetos de derechos."

2. Determinantes sociales de la salud en infancia (30 min)
Exposición teórica:

Definición de determinantes sociales de la salud: condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

En infancia: importancia del nivel educativo familiar, ingresos, vivienda, alimentación, entorno físico, redes comunitarias, acceso a ocio y servicios de calidad.

Explicación de cómo estos factores modulan riesgo y protección (no es lo mismo un síntoma en un entorno protegido que en uno de alta vulnerabilidad).

Idea clave: sin formación en determinantes sociales, los equipos corren el riesgo de atribuir a "trastornos individuales" a lo que son respuestas a contextos injustos.

En grupos de 4/6 personas analizarán un caso base primero sin determinantes y luego se reparten determinantes sociales a cada grupo.

Caso base:
Niña de 9 años derivada desde el centro educativo por problemas de conducta en el aula, dificultad para seguir normas y bajo rendimiento académico. En el informe escolar se plantea la posibilidad de TDAH.
Vive con su madre y dos hermanos menores. El padre no convive con la familia. Hay faltas frecuentes a citas previas. La madre refiere estar "desbordada".

Tendrán que responder por escrito:

1. ¿Cuál es el problema principal según la información inicial?
2. ¿Qué hipótesis diagnósticas aparecen rápidamente?
3. ¿Qué protocolos, pruebas o derivaciones se activarán?
4. ¿Qué decisiones se tomarían con más prisa que reflexión?

Una vez hayan terminado de responder, se repartirá una tarjeta de determinante, para que la lean y respondan a las siguientes preguntas. Se repartirán el resto de tarjetas cada vez que se "relea" la situación. por vez.

1. ¿Qué cambia en la lectura del caso?
2. ¿Qué conductas empiezan a entenderse de otra manera?
3. ¿Qué riesgos hay de atribuir a un "trastorno individual" lo que es una respuesta a un contexto?
4. ¿Qué factores de protección podrían reforzarse?

Ejemplos que se pueden colocar en las tarjetas:

Tarjeta 1 – Condiciones materiales
La familia vive en una vivienda pequeña, con problemas de humedad. Han cambiado de domicilio dos veces en el último año.

Tarjeta 2 – Situación laboral
La madre trabaja de forma precaria, con horarios cambiantes. No siempre puede acudir a citas en horario de mañana.

Tarjeta 3 – Red de apoyo
No cuentan con red familiar cercana. La madre asume sola el cuidado.

Tarjeta 4 – Entorno escolar y comunitario
Centro educativo con muchas alumnas/os por aula para un solo docente y pocos recursos de apoyo. Barrio con escasa oferta de ocio infantil

3. Enfoque de derechos y participación infantil (30 min)

Se da la consigna grupal para revisar el caso propuesto desde un enfoque de derechos: la niña es un sujeto activo y no sólo objeto de intervención.

Responder:
1. ¿Dónde está la voz de la niña en este proceso?
2. Valora la intervención del profesional: ¿Qué información se le ha dado? ¿Con qué lenguaje?
3. ¿Qué decisiones se han tomado sin contar con ella?
4. ¿Cómo garantizamos su derecho a:
- Ser escuchada
- Entender lo que ocurre
- Opinar sobre lo que le afecta

Ana (11 años), acude a consulta de salud mental derivada por pediatría por “problemas de conducta” y “posible depresión”. Vive con su madre y la pareja de ésta; el padre biológico reside en otra ciudad y tiene un régimen de visitas irregular. En el informe de derivación se recoge que “la madre refiere que la niña está “contestona”, se niega a hacer los deberes, llora sin motivo, ha bajado el rendimiento escolar y dice que no quiere ir algunos fines de semana con su padre”. En el centro, la primera entrevista se hace solo con la madre en el despacho del profesional; se habla de diagnósticos posibles, de la necesidad de “trabajar los límites” y se plantean sesiones periódicas de psicoterapia, explicando a la madre que “probablemente sea una depresión o un trastorno de conducta y habrá que intervenir cuanto antes”.

La niña espera sola en la sala de espera durante esa primera entrevista; nadie le explica qué es el servicio ni por qué está allí. Al terminar, el profesional sale, la saluda brevemente y le dice “vamos a vernos algunos días para ayudarte a portarte mejor y que estés más contenta”, delante de la madre. Ana baja la mirada, se encoge de hombros y no dice nada. En la primera sesión individual, el profesional dirige la conversación con preguntas cerradas sobre colegio y obediencia en casa, y al final acuerda con la madre un “plan de refuerzos y castigos” para mejorar la conducta, sin haber explorado con la niña cómo vive ella la situación familiar, cómo se siente con las visitas al padre ni qué entiende de todo lo que está pasando.

En este proceso, la voz de Ana apenas aparece: se han tomado decisiones sobre su diagnóstico probable, el tipo de intervención y el plan de actuación sin preguntarle qué siente, qué le preocupa o qué desearía que cambiara.

No se le ha dado una explicación adaptada a su edad sobre qué es la salud mental, por qué viene a consulta ni qué se espera de ella; el lenguaje usado ("trastorno de conducta", "trabajar los límites", "depresión") se ha manejado entre adultos, mientras que a ella se le habla de "portarse mejor" sin matizar nada. Las decisiones sobre frecuencia de sesiones, objetivos y participación del padre se acuerdan entre el profesional y la madre, dejando a Ana como objeto de intervención más que como sujeto activo.

1. La voz de la niña casi no aparece: no se le pregunta cómo se siente ni qué desea, solo se usan los relatos adultos.

2. Se le da muy poca información y en lenguaje adulto simplificado a "portarse mejor", sin explicarle qué es el servicio ni qué se va a hacer.

3. Se decide el posible diagnóstico, el tipo de tratamiento y el plan de refuerzos/castigos sin consultarle ni incorporar su perspectiva.

4. Para garantizar sus derechos:
- Ser escuchada: dedicarle un espacio propio, con preguntas abiertas sobre cómo vive ella la situación.
- Entender lo que ocurre: explicarle con palabras sencillas y sin tecnicismos quiénes somos, por qué viene y qué opciones hay.
- Opinar: preguntarle qué le gustaría que cambiara, qué cosas le hacen sentir mejor o peor y negociar con ella los objetivos.

4. Crítica al enfoque centrado en el déficit individual del caso de Ana (25 min)
Exposición:

Describir la lógica del déficit: mirar al niño, niña o adolescente como "portador/a del problema" (trastorno, síntoma, conducta) sin analizar su contexto.

Consecuencias: patologización, medicalización excesiva, invisibilización de violencias estructurales y desigualdades sociales.

Contraste con la mirada estructural: situar el síntoma en contexto (familia, escuela, barrio, políticas públicas) y pensar en intervenciones a varios niveles (no solo tratamiento individual).

1. ¿Qué etiqueta diagnóstica podría aparecer en este caso?
2. ¿Qué problemas estructurales podría estar tapando?
3. ¿Qué consecuencias tiene patologizar sin mirar el contexto?

Posteriormente, se pide al grupo construir:

1 riesgo del enfoque centrado solo en el déficit

1 acción a nivel individual (consulta)

1 acción a nivel familiar/comunitario

1 límite real del sistema (sin culpabilizar a profesionales)

5. El papel de los equipos profesionales: escuchar, contener, no imponer (15 min)
Exposición breve:

Recordar que garantizar un enfoque ético no se reduce a tener protocolos; exige formar equipos capaces de escuchar, contener y actuar sin imponer.

Actitudes clave: respeto, reconocimiento de la agencia de niñas y niños, sensibilidad a diferencias culturales y de clase, capacidad de sostener el malestar sin precipitar soluciones simplistas.

Énfasis en que la neutralidad absoluta no existe: optar por el enfoque de derechos es una toma de posición a favor de la protección y la voz de la infancia.

1. Algo que ya hacen en su práctica y conecta con el enfoque de derechos.
2. Algo que, después de la dinámica, intentarían cambiar o revisar.

La persona facilitadora debe ir recogiendo la información para ir conectándolo con los ejes:
- determinantes sociales
- participación infantil
- calidad ética
- papel de los equipos

6. Cierre conceptual: hacia una salud infantil integral (10 min)
Recapitulación de ideas fuerza:

La salud infantil no se entiende sin contexto; los determinantes sociales orientan la lectura y la acción.
La calidad auténtica incluye ética, participación y derechos, no solo técnica.
La formación de equipos en estos marcos es un requisito para transformar la atención en experiencia empoderadora y respetuosa.

Pregunta final:
“Si tuviésemos que resumir en una frase qué cambia cuando miramos la salud infantil y adolescente desde determinantes y derechos, ¿qué diríais?”

PROCESO	• Taller: "¿En qué momentos de vuestra práctica habéis sentido tensión entre 'cumplir indicadores' y 'hacer lo que es mejor para este niño o adolescente'?" • • Determinantes sociales de la salud en infancia (30 min) • Enfoque de derechos y participación infantil (30 min) • Crítica al enfoque centrado en el déficit individual del caso de Ana (30 min) • El papel de los equipos profesionales: escuchar, contener, no imponer (20 min) • Cierre conceptual: hacia una salud infantil integral (10 min)
DOCUMENTOS DE APOYO	Guía de Metodologías participativas en Andalucía. Alianza por la solidaridad https://participamostransformamos.org/wp-content/uploads/2019/07/guia_metodologias_participativas_APS_compressed.pdf

HERRAMIENTA 2.	**“BULLYING: POR LOS DERECHOS Y POR LOS NIÑOS Y NIÑAS”**
ENFOQUE QUE ABORDA	**Enfoque de derechos de la infancia**
OBJETIVOS	Fortalecer la capacidad de los equipos para detectar señales de bullying, diferenciarlo de conflictos puntuales y diseñar respuestas protectoras con víctimas, agresores y centro educativo. Reconocer las señales emocionales, conductuales y físicas más frecuentes de acoso. Comprender las “10 realidades del acoso escolar” para desmontar mitos y minimizar la normalización. Explorar medidas concretas con la víctima, con el agresor y con el centro, orientadas a la prevención y la intervención para el diseño de acciones.
TEMÁTICAS QUE ABORDA	Señales visibles y no visibles del bullying. Las 10 realidades del acoso escolar. (Grupo de Sociología de la Infancia y Adolescencia-GSIA) Medidas y buenas prácticas: • Con la víctima • Con el agresor • Con el centro
DIRIGIDO (A QUÉ COLECTIVO)	Profesionales que trabajan con infancia y adolescencia en contextos educativos y sociosanitarios
DURACIÓN	2h
METODOLOGÍA	Combinar momentos breves de exposición conceptual con dinámicas participativas: análisis de viñetas, trabajo en grupos y diseño de medidas concretas para el propio centro/servicio. Se parte de casos realistas para conectar la teoría con la práctica y se cierra con compromisos de cambio posibles.
PROCESO	**1. Inicio: desmontando “cosas de niños”** (15–20 min) Dinámica rápida “Verdadero o falso”: En grupos pequeños, se reparten tarjetas con frases basadas en las 10 realidades del acoso (“Son cosas de la edad”, “El acoso se pasa solo”, “Cambiar a la víctima de centro lo arregla”, etc.). Cada grupo decide si la frase refleja una realidad o un mito y explica por qué.

Puesta en común breve para introducir las ideas clave: el acoso no es una fase, no se resuelve solo, puede implicar a cualquier menor, la violencia psicológica también es acoso, la reiteración lo diferencia del conflicto puntual y la sociedad digital aviva el problema.

Mini exposición (10 min):
Señales más frecuentes: retraimiento, irritabilidad, pérdida de interés por actividades que antes le gustaban, bajada del rendimiento escolar y aparición de síntomas físicos sin causa médica clara.

Insistir en la idea de escalada: muchas veces las violencias empiezan de forma sutil y se hacen más graves con el tiempo.

2. Dinámica principal: caso para las medidas

Niño de 10 años, Marcos, que en los últimos meses ha empezado a aislarse en el recreo, pasa mucho tiempo solo, se muestra irritable en casa y dice que "no quiere ir al cole porque todos son unos pesados". En clase, su tutora observa que ha bajado el rendimiento, participa menos y a veces llega con dolor de barriga o de cabeza, sin causa médica aparente. Un grupo de compañeros se burla de él de forma reiterada por su forma de hablar y por llevar gafas, le ponen motes y le excluyen de los juegos; en ocasiones esconden su mochila o le empujan discretamente en el pasillo.

2.1 ¿Qué hacemos con la víctima? (25 min)

Medidas clave con la víctima: vigilancia específica, colaboración familiar, asignación de una persona referente en el centro, reorganización de horarios para ofrecer atención, encuentros periódicos de seguimiento y tutoría individual y grupal.

Contenidos de la tutoría: pautas de autoprotección, técnicas de relajación y manejo del estrés, habilidades sociales, cómo pedir ayuda, trabajo sobre autoconcepto y autoestima.

"Diseña el apoyo" (15–20 min):

Deben diseñar un pequeño plan de apoyo que incluya:

- ¿Quién sería la persona referente?
- ¿Qué tipo de seguimiento se haría y con qué frecuencia?
- ¿Qué habilidades o recursos socioemocionales trabajaría con la víctima?

Puesta en común, comparando planes y conectándolos con las medidas propuestas.

2.2. ¿Qué hacemos con el agresor y con el centro? (30–35 min)

Medidas con el agresor: programas de habilidades sociales, educación en resolución pacífica de conflictos, participación en mediación, comprensión de las consecuencias de su conducta, reparación y disculpa hacia la víctima (no solo castigo).

Medidas con el centro: campañas de sensibilización, mediación entre iguales, programas de habilidades sociales y empatía, actividades que favorezcan el rechazo explícito de la violencia y la diferenciación entre ser solidario y ser "acusón", estrategias de ayuda entre iguales y trabajos cooperativos.

Ahora el grupo deberá debatir sobre estas cuestiones:

1. En el caso de Marcos, ¿qué actividades de aula o de centro os parecen más potentes para que el grupo rechace explícitamente las conductas de burla y exclusión, sin señalar solo a una persona como "el malo"?

2. ¿Cómo trabajaríamos con la clase la diferencia entre "ser un chivato" con denunciar una injusticia cuando ven que alguien sufre acoso?

3. Pensando en vuestro contexto, ¿qué estrategia concreta de ayuda entre iguales o de trabajo cooperativo podríais poner en marcha para reducir el riesgo de bullying y reforzar el apoyo al alumnado más vulnerable?

Dinámica "Mapa de medidas" (20–25 min):

En un mural grande de papel continuo, se dibujan tres columnas: Víctima / Agresor / Centro.

En grupos, escriben en posits medidas concretas que ya existen en su realidad y medidas que podrían implementarse en cada columna.

Se colocan los posits en el mural, se leen y se agrupan por tipos (prevención, detección, intervención).

	VÍCTIMA	AGRESOR	CENTRO
PREVENCIÓN			
DETECCIÓN			
INTERVENCIÓN			

	La persona dinamizadora subraya la importancia de combinar medidas preventivas y reactivas, y de no confiar solo en protocolos “de papel”. **3. CIERRE: compromisos de prevención y actuación** (10–15 min) Recordar las ideas principales del taller: el acoso no se resuelve solo, la violencia psicológica también es acoso, los protocolos necesitan vida y práctica, y la prevención pasa por construir centros donde la denuncia de la injusticia sea vista como solidaridad y no como delación.
DOCUMENTOS DE APOYO	**Las 10 realidades del acoso escolar (GSIA):** **1.** No son cosas de la edad; no hay que infravalorar que son cosas de niños. **2.** Cualquier infante puede ser acosado, cualquier menor puede acosar. **3.** Hay que actuar, el acoso no termina por sí solo. Los menores no siempre tienen las herramientas para actuar. **4.** El acoso psicológico también es acoso. Detectar violencias no visibles que merman la autoestima y seguridad del menor. Los abusos van en escalada. **5.** La reiteración hace el acoso, lo diferencia del conflicto puntual. **6.** La sociedad digital aviva el acoso escolar. **7.** Los protocolos de los centros son insuficientes, en muchas ocasiones son papel mojado. **8.** El acoso pasa desapercibido por los padres de la víctima. Situaciones imperceptibles, es fundamental detectarlas. **9.** Se necesitan más medidas preventivas y reactivas. **10.** Ni el cambio de colegio de la víctima ni la expulsión del acosador. GSIA-Grupo de Sociología de la Infancia y Adolescencia. *Materiales y recursos*. Disponibles en https://grupodeinfancia.org/recursos-2025/

ENFOQUE TRANSCULTURAL



5. ENFOQUE TRANSCULTURAL

Es necesario un claro compromiso con la garantía de integrar la perspectiva de la diversidad cultural en todas las políticas, programas y acciones, reconociendo y valorando las diferentes identidades y cosmovisiones para lograr un desarrollo, educación o atención más justo, equitativo y pertinente culturalmente, no como un tema aislado, sino como un eje central que permea todas las decisiones y estructuras, promoviendo el diálogo y la igualdad de derechos entre grupos culturales diversos.

Entendiendo que la transculturalidad es híbrida e inevitable (Welsch) y que integrar de manera consciente el enfoque transcultural supone garantizar la igualdad, la pertinencia y la participación activa de todas las personas, especialmente en contextos pluriculturales, poniendo la atención en las relaciones de poder existentes desde una perspectiva decolonial.

Estas pautas y herramientas buscan orientar al equipo y a los servicios técnicos para asegurar una comunicación, formación y práctica social justa, no discriminatoria y culturalmente pertinente. En este sentido, incorporar un enfoque transcultural implica:

- Reconocer la diversidad: aceptar que existen múltiples culturas, visiones de mundo y formas de bienestar, especialmente en contextos pluriculturales.
- Dar cuenta de que no es un tema aislado: la cultura debe integrarse como eje transversal en todas las áreas del proyecto: salud, educación, comunicación, gestión, participación comunitaria, etc.
- Construir una ciudadanía intercultural: fomentar relaciones de igualdad y diálogo entre pueblos indígenas, afrodescendientes y otras poblaciones, promoviendo la participación activa y no pasiva.
- Lograr pertinencia cultural: adaptar servicios y programas para que sean culturalmente apropiados, considerando creencias, valores y prácticas locales.
- Gestión colaborativa: implica un cambio de mentalidad para lograr una organización más horizontal y colaborativa, y la coordinación interseccional para implementar programas y proyectos.

5.1 Pautas para transversalizar el Enfoque Transcultural en la comunicación

La comunicación inclusiva, desde un enfoque transcultural es un paso indispensable para la consecución de un mundo más justo y donde todas las personas estén reconocidas, visibilizadas y valoradas de forma equitativa. Incorporar buenas prácticas para una comunicación inclusiva es una de las herramientas de transformación social más útiles que podemos incorporar a los procesos de creación colectiva de contenidos formativos.

El enfoque transcultural no trata únicamente de reconocer la diversidad cultural, sino de utilizar una comunicación respetuosa, contextualizada y consciente en los diferentes canales de comunicación para generar salud, o en señal de salud, de manera que favorezca el entendimiento mutuo, el bienestar comunitario y relaciones interculturales saludables.

Por ello se presentan a continuación una serie de ítems a tener en cuenta tanto por parte de los equipos técnicos, como por cualquier servicio técnico contratado en los proyectos.

Cabe recalcar que la comunicación inclusiva, desde un enfoque transcultural, es totalmente compatible con los principios fundamentales de la comunicación divulgativa y educativa:

- Concisión, claridad y cohesión.
- Adecuación, accesibilidad, comprensión y aceptabilidad.
- Relevancia, exactitud y calidad de la información.

Como primer paso se debe reconocer e investigar la diversidad para lograr una comunicación inclusiva. Es fundamental conocer a fondo las características, valores, creencias y comportamientos del público objetivo antes de empezar cualquier proyecto. Esto ayuda a evitar errores culturales y a identificar oportunidades únicas para conectar emocionalmente con las personas. Por otro lado, es necesario llevar adelante metodologías de inclusión para entender las perspectivas diversas y desde dónde se parte (por ejemplo, los formularios de diagnóstico para realizar la línea de base). Entender la diversidad es el primer paso para crear experiencias que respeten y valoren la diversidad, evitando la imposición de perspectivas propias y promoviendo un diálogo intercultural efectivo, integrando también las diversas voces en las distintas etapas del proceso para obtener una perspectiva real y participativa.

Específicamente, se realizará la revisión y edición de los contenidos pedagógicos y piezas de comunicación desde un enfoque transcultural en relación a:

LENGUAJE (ORAL Y ESCRITO)

En relación a los textos escritos, estas pautas deben incorporarse a los artículos, publicaciones, post en redes sociales, agenda web, carteles, entre otras piezas de comunicación externa; y también a cuestiones más operativas y de gestión como informes del proyecto.
Como propuestas principales se incluirá en alternancia y de manera equilibrada para garantizar los criterios divulgativos y educativos de los textos escritos:

A. Tener muy presentes nuestras propias ideas preconcebidas y prejuicios que pueden llevarnos a naturalizar ciertas actitudes racistas y a cosificar y/o presentar como exóticas a personas de otros países.

B. Utilización de **lenguaje claro y respetuoso** que sea comprensible para distintos grupos culturales, evitando jergas, tecnicismos o referencias demasiado locales.
Ej: Cuando hablamos de actividad comunitaria nos referimos a las acciones que realizan juntas las familias, vecinas, etc, en vez de reducir por procedencia, aplicaremos el modelo holístico multidimensional.

C. Adecuación lingüística y cultural. Adaptar términos y expresiones al contexto cultural consultando si la terminología refleja la idea que se quiere comunicar o si se debe utilizar otra que se use habitualmente. *Ej: Consultar "¿Este término refleja bien la idea que queremos comunicar o prefieren otro que usen habitualmente?" en vez de realizar traducciones literales que no respetan significados culturales.*

D. Comunicación oral transcultural. Respetar normas de conversación, ritmos, silencios, formas de intervención o toma de la palabra propias de cada grupo cultural.
Ej: "Seguiremos el orden de intervención que ustedes consideran apropiado" en vez de imponer dinámicas de debate rápido donde no son culturalmente adecuadas.

E. Evitar el lenguaje y las imágenes paternalistas, basadas en la idea de ellos/nosotros, que muestran a las personas cooperantes como héroes y salvadores, frente a sujetos pasivos que reciben la ayuda. Se pueden mostrar imágenes de cooperantes con emblemas identificativos de la ONGD, pero estos deberían aparecer colaborando, cooperando, con integrantes de las comunidades. Así, por ejemplo, personal médico de una ONGD junto a personal médico o colaboradores y voluntarios locales en campañas de vacunación. Debemos evitar imágenes como las de niños y niñas desnutridos recibiendo alimentos o medicación de manos de cooperantes y con los logos de la ONGD.

F. Comunicación inclusiva, tendremos en cuenta la herramienta o técnica para obtener información. En casos excepcionales (encabezamientos, formularios a rellenar en anexos que necesitan economizar espacio, entre otros), revisaremos idioma y expresiones adecuadas al grupo, para facilitar la lectura y comprensión del texto.

G. Rehuir estereotipos, prejuicios y simplificaciones acerca de otros países y culturas, en textos e imágenes. No caer en explicaciones que se centren en una única causa y que, por tanto, refuercen ideas preconcebidas sobre la 'superioridad' moral o cultural de Occidente.

H. No mitificar la supervivencia de personas en contextos de vulnerabilidad. Por ejemplo, quienes huyen cruzando el mar y jugándose la vida, no lo hacen porque sean 'héroes-heroínas', ni pretenden serlo, sino que es la única alternativa que encuentran a una vulneración de derechos como es la falta de vías legales y seguras para pedir protección internacional. Ni caer en la imagen de "todas las personas que sufren violaciones de sus derechos son buenas"; como cualquier otro grupo de gente, hay personas de todo tipo; la defensa de los derechos humanos no depende del carácter de las personas, sino de su condición de ser humano.

I. Enfocar hacia situaciones que se salgan de las narrativas dominantes sobre lo que significan las realidades en las que trabajamos.

CONTENIDOS

A. Evitar el eurocentrismo en la propuesta de contenidos, tanto con el uso de un lenguaje inclusivo como:
- Incluyendo **referentes de personas racializadas** en los contenidos, piezas y acciones de comunicación.
- Utilizando **fuentes y experiencias de personas racializadas para validar los contenidos**.
- Evitando asimetrías en el trato y la representación (paridad).

B. Acciones anti-racistas y deconstrucción de estereotipos:
- Adjetivando sin racismo.
- Destacando cualidades sin racismo.
- Enfocar los documentos, guías, revistas, etc. sin reproducir lógicas coloniales y evitando estereotipos.
- Apostando por la **agencia, protagonismo y voz de las personas racializadas evitando la habitual victimización, pasividad y rol secundario** con las que se las representa.

Ej: Trabajo en el campo, cuidados de personas mayores, limpieza, academia, activismo, etc. (en vez de) Trabajo en el campo, cuidados de personas mayores, limpieza, (orientado a población migrante y/o racializada) y academia y activismo (orientado a población blanca y/o no racializada).

C. Transversalidad cultural: garantizando que este enfoque esté presente en todos los contenidos, acciones y piezas, en algunos casos de manera específica y en otros de manera transversal. Para ello, contar con información que sustente y argumente, que explique las causas y problemáticas asociadas, que contextualice y/o involucre propuestas de transformación concretas.

D. Mención expresa de 3 géneros en formularios o documentos administrativos.
Ej: Género con el que te identificas: Hombre, Mujer, Otro (la opción otro puede referirse a género neutro, no binario, fluido, etc.) (en vez de) Sexo con el que te identificas: Hombre o Mujer.

E. Reconocer la desigualdad y proponer soluciones: es importante que nuestros contenidos visibilicen las desigualdades por razón de origen, cultura, religión, color de piel; pero, además, que analicen las causas y problemáticas de esta desigualdad y, si es posible, referencias a buenas prácticas para contrarrestarlas. En este sentido es necesaria una crítica decolonial, que reconozca las relaciones históricas de poder en la producción del conocimiento y valore las experiencias vividas como fuentes fundamentales para comprender la realidad social.

F. Incorporar las experiencias vividas y los saberes situados de las personas y comunidades como fuentes legítimas de conocimiento, reconociendo que la producción de saber no es neutral y que históricamente ha estado atravesada por relaciones de poder coloniales.

G. Diversidad en equidad: aplicar estos valores y principios para incluir en los contenidos la presencia y protagonismos de personas racializadas y/o migrantes.

H. No utilizar exclusivamente la palabra "migrante" cuando se refiere a la población en general. **No hay un único modelo o experiencia de persona migrante**.
Ej: Hay un total de 285 migrantes procedentes de x lugar en situación irregular en fase de regularización (en vez de) Hay un total de 285 migrantes en fase de regularización.

AUDIOVISUAL, FOTOGRAFÍA Y DIFUSIÓN

Incorporar todo lo anterior en el uso y selección de imágenes, ilustraciones o vídeo, prestando especial atención a la representación de las mujeres y otras diversidades en cuanto a:

A. Representar la **diversidad como riqueza** (edades, cuerpos, capacidades, razas, culturas...) y realidades estructurales.

B. Procurar la **paridad en la aparición** de las imágenes y promover la participación y visibilización de la racializada y grupos/comunidades silenciadas en los medios de comunicación para una representación coherente de las mismas en espacios públicos.
Ej.: Mujer racializada dando un discurso sobre las mujeres racializadas (en vez de) Hombre blanco español dando un discurso sobre la opresión de las mujeres racializadas.

C. En caso de representar situaciones de vulneración o problemáticas concretas: **contar con el acuerdo** de la fotografiada, evitar el morbo y la victimización, apostar por un rol activo y de lucha, etc.

D. Abordar las violencias racistas **evitando** a toda costa un **tratamiento sensacionalista** de la misma mediante estereotipos y la minimización de la conducta de la persona agresora o sesgos discriminatorios.

Transformando la persona de objeto pasivo a sujeto activo del proceso de transformación social. *Ej.: Las personas migrantes y asociaciones pro-derechos humanos continúan con acciones de sensibilización y denuncia sobre lo sucedido en Tarajal, (en vez de) la asociación pro-derechos continúan denunciando lo sucedido en Tarajal.*

FUENTES, REFERENTES Y PROTAGONISTAS

Incorporar todo lo anterior en el uso y además:

A. Que los **contenidos sean validados** por las personas o entidades referentes que consideramos expertas para asegurar que las fuentes, documentales, testimoniales o digitales sean de calidad y coherentes.

B. Facilitar el acceso a los contenidos relativos a la igualdad de oportunidades, lenguaje inclusivo y equidad para las personas internautas, teniendo en cuenta las posibles brechas digitales y desigualdades en el acceso a la información. Para ello, se promoverán estrategias que mejoren la accesibilidad, la claridad de los contenidos y la diversidad de formatos, favoreciendo que personas con distintos niveles de alfabetización digital puedan acceder, comprender y utilizar la información en igualdad de condiciones.
Ej: Click en Guía sobre enfoque transcultural (en vez de) Click en la web, apartado de recursos, Guías e Informes, Guía sobre enfoque tanscultural.

C. Datos desagregados por procedencia, origen para contemplar así los sesgos y variables determinantes, siguiendo, además, criterios de equidad en relación a la diversidad de procedencias, edades, niveles educativos, culturas, condiciones económicas, etc.
Ej: El 33% de la población masculina de origen X más el 42% de la población femenina de 'X' territorio ha sufrido ataques racistas el año pasado (en vez de) el 75% de la población inmigrante de 'X' territorio ha sufrido ataques racistas el año pasado.

5.2 Herramientas para trabajar salud emocional con población migrante

El abordaje de las migraciones y el duelo migratorio requiere de herramientas técnicas fundamentadas estrictamente en un enfoque transcultural, el cual permite comprender la movilidad humana más allá de las fronteras geográficas y adentrarse en la complejidad de los mundos de vida de las personas en movimiento. Este bloque de herramientas rompe con los modelos de intervención asimilacionistas o etnocéntricos, situando en el centro de la acción la realidad genuina de la persona, sus significados culturales y la singularidad de su proceso de arraigo y desarraigo. El duelo migratorio -entendido como un proceso de reorganización psíquica ante las pérdidas del país de origen- no se concibe aquí como una patología individual, sino como una respuesta humana normalizada ante un cambio vital de gran magnitud. Por ello, la evaluación y el acompañamiento profesional se desplazan hacia el análisis riguroso de los determinantes sociales de la salud, tales como la situación administrativa, la precariedad habitacional, la barrera idiomática, la falta de redes de apoyo y el racismo institucional o social. Al intervenir de forma directa sobre estos determinantes y validar la cosmovisión de la persona, estas herramientas facilitan una práctica social, sanitaria y educativa que no estigmatiza, promueve la resiliencia cultural y garantiza el derecho a una salud integral y digna en el contexto de la diversidad.

HERRAMIENTA 1.	“CARTOGRAFÍA DE LA SALUD MENTAL”
ENFOQUE QUE ABORDA	**Salud mental y socioemocional en personas migrantes, duelo migratorio, Síndrome de Ulises y diferencias entre personas refugiadas y migrantes, desde una perspectiva transcultural y de derechos.**
OBJETIVOS	Sensibilizar al personal sanitario/sociosanitario sobre cómo la experiencia migratoria y la cultura condicionan la vivencia y la expresión del malestar psíquico, y qué implica un enfoque transcultural en la práctica. • Comprender qué es el duelo migratorio extremo o Síndrome de Ulises y por qué no se considera un trastorno mental, sino un estrés límite. • Diferenciar entre persona migrante y persona refugiada y las implicaciones para derechos y protección. • Reconocer que la salud mental del Norte Global no es universal y revisar imaginarios etnocéntricos, incorporando un enfoque transcultural respetuoso en la atención.
TEMÁTICAS QUE ABORDA	Duelo migratorio, estrés crónico y múltiple y Síndrome de Ulises. Diferentes formas de nombrar y entender el sufrimiento psíquico según contextos culturales. Definiciones básicas: persona migrante, persona refugiada, solicitante de asilo.
DIRIGIDO (A QUÉ COLECTIVO)	Profesionales del ámbito sociosanitario y educativo, así como profesionales que atiende a población migrante y refugiada.
DURACIÓN	2h
METODOLOGÍA	Vivencial, participativa y reflexiva: combinación de breve marco teórico, análisis de casos y trabajo en grupos con preguntas clave.
PROCESO	**Introducción** (10 min) **y lluvia de ideas** (10 min) Se plantea la pregunta clave del taller: “¿Desde qué mapa mental miramos la salud mental de las personas migrantes?”. Explicar brevemente que trabajaremos tres ideas: duelo migratorio extremo/Síndrome de Ulises, diferencia entre persona migrante y refugiada y enfoque transcultural. En posits se anotan respuestas espontáneas a “¿Qué palabras te vienen a la cabeza cuando piensas en salud mental y personas migrantes?”. Se dejan visibles (miedo, trauma, resiliencia, idioma, etc.) para retomar más tarde.

Mini exposición dialogada (10–15 min)

Se explica de forma sencilla:
El Síndrome de Ulises es el "síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple", un cuadro de duelo migratorio extremo, no un trastorno mental clásico.

Se vincula a condiciones límite: soledad forzada, separación familiar, lucha por la supervivencia, miedo, indefensión y ausencia de derechos.

Se subraya que muchas personas no cumplen criterios de depresión mayor o trastorno de estrés postraumático, pero viven un estrés extremo que impacta en su salud mental y física.

Trabajo en grupos pequeños: "Mapa de estresores" (15–20 min)

Se reparten tarjetas con situaciones típicas (ej.: vivir en asentamiento precario, no poder reagrupar a los hijos, trabajos muy por debajo de la formación porque no convalidan estudios, racismo cotidiano).

Cada grupo:

Clasifica si esa situación tiene que ver con: soledad, miedo, indefensión, lucha por la supervivencia, ruptura de proyecto migratorio, etc.

Responde: "Si esta persona llegara a mi consulta, ¿qué podría ver yo? ¿Qué síntomas físicos o emocionales podría expresar?".

Puesta en común (10 min)
Volvemos a la pregunta clave para profundizarla.

Pregunta guía: "¿Qué cambia si entiendo esto como respuesta a un estrés extremo y no solo como 'depresión', 'ansiedad' o 'quejas somáticas'?"

Diferenciar persona refugiada y migrante (30 min)
Definiciones breves (10 min)

Se explica:
Persona refugiada: se ve obligada a huir de su país por guerra, persecución o violencia grave, y está protegida por el derecho internacional.

Persona migrante: sale de su país por diversos motivos (laborales, económicos, familiares, educativos...)

Se subraya que ambas pueden presentar sufrimiento intenso, pero sus marcos de derechos y protección son diferentes

Mini-casos y debate (20 min)

Se reparten 3 historias:

Caso A: mujer política que huye por violencia y persecución.
Caso B: joven que viaja por trabajo pero queda en situación administrativa irregular.
Caso C: familia que huye del conflicto armado con heridas graves.

Cada grupo responde:

¿Es migrante, refugiada o solicitante de asilo?
¿Cuáles son sus necesidades prioritarias?
¿Qué implicaciones tiene esto para su acceso a derechos y para mi manera de acompañar?

Puesta en común rápida para aclarar dudas y detectar confusiones frecuentes.

Salud mental occidental vs enfoque transcultural (30 min)
Confrontar "nuestro" modelo (10–15 min)

Ahora se contrastan ideas típicas de salud mental occidental (diagnósticos categoriales, énfasis en lo individual, en la palabra, terapia de consulta) con otros modos de nombrar y tratar el sufrimiento (espíritus, mal de ojo, rituales, apoyo comunitario, curanderos, líderes religiosos, etc.).

Se insiste en que el enfoque transcultural no consiste en "exotizar", sino en entender la experiencia desde el contexto cultural de la persona y repensar significados.

Dinámica "traducción de síntomas" (15–20 min)
Se presentan frases que podría decir una persona migrante (ej.: "Se me ha roto el corazón", "Tengo un peso en el pecho", "Es un castigo", "Me han hecho un mal").

En parejas, las personas participantes responden:

¿Qué tiendo a pensar desde mi marco occidental (diagnóstico, etiqueta)?
¿Qué preguntas abiertas y respetuosas podría hacer para entender mejor qué significa para la persona? ("¿Qué quiere decir para ti…?", "¿Quién te ayuda con esto en tu comunidad?", etc.).

Puesta en común de 2–3 ejemplos y reflexión final: "¿Qué cambia si, en vez de corregir su lenguaje, lo tomo como punto de partida?".

Cierre (10 min)
Pregunta final en círculo: "¿Qué es para ti, desde hoy, trabajar con un enfoque transcultural con personas migrantes?".

DOCUMENTOS DE APOYO	Psicología transcultural (Salud entre culturas) https://www.saludentreculturas.es/psicologia-transcultural/ Síndrome de Ulises y duelo migratorio en general https://seguridadinternacional.es/resi/html/el-sindrome-de-ulises-el-estres-limite-del-inmigrante/ “Del cuerpo a la palabra. Repensar el mundo desde la perspectiva de jóvenes migrantes”. https://drive.google.com/file/d/1arZljPKdKe9BX9x_WvmkCW4UFXuNOWZa/view

HERRAMIENTA 2.	“MEDIAR SIN FRONTERAS; DIARIO DE BUENAS PRÁCTICAS” ONGD SALUD ENTRE CULTURAS”
ENFOQUE QUE ABORDA	**Mediación intercultural desde el ámbito sociosanitario.**
OBJETIVOS	Reconocer las funciones, competencias y principios éticos básicos de la mediación intercultural sociosanitaria. Diferenciar qué es y qué no es mediación cultural (no es solo saber idiomas) y cómo se manifiestan en la salud de las personas las BBPP.
TEMÁTICAS QUE ABORDA	Formación y perfil profesional en mediación intercultural en salud. Deontología: exactitud, confidencialidad, imparcialidad, neutralidad con empatía.
DIRIGIDO (A QUÉ COLECTIVO)	Profesionales del ámbito sociosanitario y educativo, así como profesionales que atiende a población migrante y refugiada, y diversa culturalmente.
DURACIÓN	1h-1h 30 min
METODOLOGÍA	Se propone que las y los profesionales conozcan, desde un enfoque teórico aplicado, el decálogo de buenas prácticas en mediación intercultural en salud y puedan analizar casos y situaciones de su propia práctica. Desde un enfoque participativo, se combinará exposición breve con análisis de ejemplos, discusión guiada y pequeñas actividades de “buenas prácticas / malas prácticas” para aterrizar el decálogo en la realidad de las consultas. Se puede introducir “Rol playing”.
PROCESO	**1. Inicio**: ¿Qué entendemos por mediación intercultural? Pregunta al grupo: “Cuando pensáis en mediación intercultural en salud, ¿en qué pensáis? ¿Traducir? ¿Acompañar? ¿Resolver conflictos?”. Se presenta la idea central: conocer dos idiomas o culturas no es suficiente; la mediación intercultural es una profesión con formación específica en mediación, interpretación y salud. **2. Formación, competencias y funciones** Exponer brevemente: Formación: traducción/interpretación, psicología, trabajo social, integración o educación social, con especialización en mediación intercultural en salud.

Competencias técnicas: manejar jerga y procedimientos sociosanitarios, saber documentarse, trasladar lenguaje no verbal, dominar estrategias de interpretación, toma de notas y memoria a corto plazo.

SON funciones: interpretación lingüística y lenguaje no verbal, interpretación cultural, facilitar vínculos y autonomía, facilitar recursos, apoyar resolución de conflictos, ayudar a reconocer derechos.

NO SON funciones: dar información médica sin profesional, hacer terapia propia, realizar traducciones escritas formales.

3. Buenas prácticas antes, durante y después de la consulta

Antes de la consulta:

Mediador/a: se identifica, explica su papel, prepara la intervención, garantiza que las personas autorizan su presencia.
Profesional: identifica quién necesita mediación, registra el servicio, reserva más tiempo y acuerda objetivos con el mediador.

Durante la consulta:

Mediador/a: habla en primera persona, interpreta todo, interrumpe solo cuando es imprescindible.
Profesional: se dirige directamente a la persona usuaria, evita “dile que…”, usa frases cortas, sin jerga, y espera a que el mediador termine.

Después de la consulta:

Mediador/a: verifica comprensión con preguntas abiertas, analiza puntos de mejora, incorpora vocabulario nuevo al glosario.
Profesional: verifica comprensión con preguntas abiertas, resume puntos clave y habla con el mediador para mejorar futuras intervenciones.

4. Deontología y trabajo con no profesionales
Deontología:

Exactitud y fidelidad: no añadir ni omitir información, salvo que sea imprescindible, informando a las partes.
Confidencialidad: mismo estándar que el resto del equipo sanitario.
Imparcialidad y neutralidad, sin perder la empatía; excepción cuando se vulneran derechos (obligación ética de intervenir).

	No profesionales: Se explica por qué familiares, acompañantes o "personas que hablan el idioma" no son recursos adecuados de forma sistemática, ni herramientas de traducción automática. Si no hay alternativa, se recuerda el protocolo: consentimiento en privado, explicar el deber de secreto, simplificar lenguaje, verificar comprensión. **5. Mediación e interpretación en remoto** Explicar brevemente la teleinterpretación (teléfono, videollamada): mismas normas que en presencia (confidencialidad, hablar claro, turnos, etc.). Señalar la importancia de recrear un ambiente lo más parecido a la consulta presencial (sin ruidos, sin distracciones visuales, garantizar intimidad de la persona usuaria).
DOCUMENTOS DE APOYO	"Decálogo de buenas prácticas en mediación intercultural en salud". Salud entre Culturas https://www.saludentreculturas.es/wp-content/uploads/2024/04/03-DECALOGO-DE-BUENAS-PRACTICAS.pdf

ENFOQUE INTERGERACIONAL



6. ENFOQUE INTERGERACIONAL

El enfoque intergeneracional ha de estar presente para poder ofrecer una mirada que atienda a las realidades de las personas y pongan la atención en las personas mayores. Transversalizar el enfoque intergeneracional implica integrarlo en políticas, programas y prácticas diarias, creando espacios de interacción significativa más allá de la mera convivencia, enfocándose en intereses comunes y objetivos compartidos como el aprendizaje mutuo (TICs, oficios, lectura), el cuidado, o desafíos comunitarios (cambio climático), y diseñando metodologías que fomenten el diálogo y la colaboración equitativa entre todas las edades para construir una sociedad más cohesionada y justa.

6.1 Pautas y estrategias para la transversalización del Enfoque Intergeneracional en comunicación

1. Cambio de Paradigma y Concienciación:

- Sensibilizar a la ciudadanía sobre el valor de cada generación y la necesidad de superar sesgos por edad, promoviendo una visión integradora.
- Reconocer a las personas mayores como portadoras de conocimiento y experiencia vital, no sólo como receptoras de cuidados.

2. Diseño de Políticas e Instituciones:

- Incorporar el enfoque intergeneracional en documentos de gestión (reglamentos, perfiles de puesto) y presupuestos.
- Corregir sesgos por edad en políticas públicas, enfocando la acción desde una perspectiva que involucre a todos.

3. Creación de Espacios y Actividades:

- Aplicar la interseccionalidad con la cultura, para dejar entrever otras formas de “ser mayores” dependiendo del contexto.
- Diseñar actividades conjuntas (cocina, jardinería, baile, cuentacuentos, tecnología, cuentos-transmisión oral, ...) donde se compartan habilidades y se encuentren intereses comunes.
- Fomentar la interacción significativa, no solo la presencia física, para construir metas compartidas.
- Crear "espacios seguros" o programas que promuevan el aprendizaje y la reflexión conjunta, como talleres de risoterapia o clubes de lectura intergeneracionales.

4. Metodologías Innovadoras:

- Superar el modelo lineal del marco lógico para adoptar enfoques relacionales y de impacto colectivo.
- Desarrollar metodologías que permitan el diálogo, la construcción conjunta y la resolución de problemas desde múltiples perspectivas generacionales.

5. Acciones Concretas:

- Implementar programas de aprendizaje intergeneracional (jóvenes enseñan TIC, mayores enseñan oficios).
- Articular esfuerzos entre instituciones públicas, organizaciones sociales y comunidades para desarrollar proyectos colaborativos.

LENGUAJE (ORAL Y ESCRITO)

En relación a los textos escritos, estas pautas deben incorporarse a los artículos, publicaciones, post en redes sociales, agenda web, carteles, entre otras piezas de comunicación externa; y también a cuestiones más operativas y de gestión como informes del proyecto.
Como propuestas principales se incluirá en alternancia y de manera equilibrada para garantizar los criterios divulgativos y educativos de los textos escritos:

A. Utilización del **femenino plural con valor genérico** para designar grupos o categorías en referencia a PERSONAS.
Ej: Las personas mayores de la sociedad (en vez de) los mayores de nuestra sociedad.

1. **Evitar posicionar a las personas mayores como sujetos pasivos y evidenciar su lugar de enunciación, y de forma específica a las mujeres como apéndices** de los hombres. Situarlas en el lugar que ocupan.

Ej: Entre las personas mayores dependientes, un 70% mujeres (en vez de) los mayores dependientes.

B. Uso de formas femeninas para nombrar la participación, protagonismo y agencia de las mujeres mayores (cargos, profesiones, titulaciones, adjetivos, entre otras) para visibilizar la **ocupación de cargos de responsabilidad** decisoria generalmente formulados en masculino, además de **desvincular las profesiones a los géneros.**
Ej: La presidenta de la confederación de mujeres del Valle de Lecrín (en vez de) La presidente de la confederación de mujeres del Valle de Lecrín.

C. Adecuación lingüística. Adaptar términos y expresiones al contexto cultural consultando si la terminología refleja la idea que se quiere comunicar o si se debe utilizar otra que se use habitualmente. *Ej: Consultar "¿Este término refleja bien la idea que queremos comunicar o prefieren otro que usen habitualmente?" en vez de realizar traducciones literales que no responden a las necesidades de las personas mayores.*

D. Evitar el lenguaje y las imágenes paternalistas, basadas en la idea de las personas mayores como dependientes, y sin capacidad de agencia. Debemos evitar imágenes como de "ancianos" recibiendo atención médica, pudiendo utilizar imágenes que muestren realidades diversas más allá de la "enfermedad".

E. Comunicación inclusiva, tendremos en cuenta la herramienta o técnica para obtener información. En casos excepcionales (encabezamientos, formularios a rellenar en anexos que necesitan economizar espacio, entre otros), revisaremos las expresiones adecuadas al grupo, para facilitar la lectura y comprensión del texto, accesibles (aumentando el tipo de letra) y, por tanto, no son correctas para una **comunicación inclusiva**. Además, la comunicación inclusiva se orientará a garantizar no solo la igualdad en el uso del lenguaje, sino también la accesibilidad y comprensión de la información por parte de todas las personas, reconociendo la diversidad social y promoviendo un enfoque respetuoso y no discriminatorio.

En la comunicación oral todas estas pautas son aplicables, sin embargo:

- El desdoblamiento de los géneros puede ser una opción para hacer énfasis en la inclusividad, poniendo atención a un mayor número de referentes femeninos de mujeres mayores.
- Los primeros y los últimos minutos son los más importantes y se debe prestar especial atención a incorporar el lenguaje inclusivo.

AUDIOVISUAL, FOTOGRAFÍA Y DIFUSIÓN

Incorporar todo lo anterior en el uso y selección de imágenes, ilustraciones o vídeo, prestando especial atención a la representación de las mujeres y otras diversidades en cuanto a:

A. Representar la **diversidad como riqueza** (edades, cuerpos, capacidades, razas, culturas...).

B. Procurar la **paridad en la aparición** de las imágenes y promover la participación y visibilización de personas de diversas edades ocultas en los medios de comunicación para una representación coherente de las mismas en espacios públicos.

C. En caso de representar situaciones de vulneración o problemáticas concretas: **contar con el acuerdo** de la persona fotografiada, evitar el morbo y la victimización, apostar por un rol activo y de lucha, etc.

D. Abordar las situaciones de vulnerabilidad que sufren las personas mayores **evitando** a toda costa un **tratamiento sensacionalista** de la misma mediante estereotipos y la minimización de la conducta de la persona agresora o sesgos discriminatorios. Transformando la persona de objeto pasivo a sujeto activo del proceso de transformación social.

FUENTES, REFERENTES Y PROTAGONISTAS

Incorporar todo lo anterior en el uso y, además:

A. Que los **contenidos sean validados** por las personas o entidades referentes que consideramos expertas para asegurar que las fuentes, documentales, testimoniales o digitales sean de calidad y coherentes.

B. Facilitar el acceso a los contenidos relativos a la igualdad de oportunidades, lenguaje inclusivo y equidad para las personas internautas.

C. Datos desagregados por género para contemplar así los sesgos y variables determinantes, siguiendo, además, criterios de equidad en relación a la diversidad.

En Resumen: Más allá de la Convivencia
No se trata sólo de juntar a jóvenes y mayores, sino de crear un ecosistema social donde el diálogo, la transferencia de saberes y la cooperación generen un impacto transformador, fortaleciendo la cohesión social y construyendo una sociedad más resiliente para todas las edades.

6.2 Herramientas para trabajar la salud emocional con mayores

El envejecimiento de la población plantea el desafío urgente de transformar la forma en que interactuamos con las personas mayores. Para ello hemos de usar herramientas que rompan la visión asistencialista tradicional e infantilizadora con la que se trata a las personas mayores, proponiendo un cambio de paradigma basado en el enfoque intergeneracional. A través de este modelo, las personas mayores dejan de ser vistas como receptoras pasivas de cuidados y pasan a ser reconocidas plenamente como agentes activos y sujetos de cambio con un impacto directo en su entorno social.

Resulta esencial la creación de espacios de reciprocidad y el encuentro entre distintas edades, pues no solo preserva la memoria histórica y los saberes tradicionales, sino que también estimula la innovación social al conectar la experiencia de los mayores con la energía de las nuevas generaciones. Este contacto directo es la herramienta más eficaz para desmontar los prejuicios edadistas que fragmentan nuestra sociedad.

Al trabajar de forma colaborativa, las personas mayores lideran iniciativas, co-crean soluciones a problemas comunitarios y demuestran que la capacidad de transformación no se agota con los años.

Asimismo, esta propuesta integra de manera transversal los determinantes sociales de la salud. Entendemos que el bienestar en la vejez no depende únicamente de la genética o de la atención médica, sino de factores ambientales, culturales, económicos y relacionales. Al fomentar la participación comunitaria y el apoyo mutuo, no solo se mejora la salud mental y emocional de los participantes, sino que se construye una sociedad más justa, saludable y cohesionada para todas las edades.

HERRAMIENTA 1.	**¿QUIÉN SOY?**
ENFOQUE QUE ABORDA	**Salud emocional**
OBJETIVOS	• Activar la memoria a través de recordar vivencias, roles pasados y logros significativos de la biografía de cada participante. • Cuidar la salud emocional, reforzando el sentido de valía personal, pertenencia y orgullo por la trayectoria de vida. • Fomentar el vínculo social a través de compartir emociones y escuchar de manera activa a los compañeros de grupo.
TEMÁTICAS QUE ABORDA	Memoria, salud emocional y autoestima y fortalecimiento grupal.
DIRIGIDO (A QUÉ COLECTIVO)	Personas mayores Puede realizarse junto a jóvenes en un proceso de trabajo intergeneracional
DURACIÓN	1 h

METODOLOGÍA	Combinar momentos breves de exposición conceptual con dinámicas participativas.
PROCESO	**Preparación del espacio (5 min):** Sentar al grupo en círculo para facilitar el contacto visual y la cercanía. Tener listos una hoja de papel, un bolígrafo y, de forma opcional, una caja con objetos evocadores (fotos antiguas, telas, utensilios tradicionales) o tarjetas guía con preguntas. **Introducción y motivación** (10 min): Explicar el propósito del juego de forma cálida y sencilla. Indicar que no se trata de un examen, sino de un viaje bonito por la propia historia para compartir quiénes fuimos y quiénes somos hoy. **Fase de reflexión individual** (15 min): Pedir a cada participante que piense en tres pistas sobre su vida que respondan a la pregunta «¿Quién soy?». Sugerir temas sencillos: un oficio que tuvieron, un talento especial (cocinar, cantar, coser), un viaje inolvidable o un momento de gran alegría. **Puesta en común y adivinanza** (20 min): Cada persona lee o comparte en voz alta sus pistas. El resto del grupo intenta descubrir o comentar detalles sobre a quién pertenecen, validando al compañero con aplausos o palabras de afecto. **Cierre emocional** (10 min): Invitar a expresar cómo se han sentido al recordar y compartir estos momentos especiales. Finalizar con una frase colectiva de reconocimiento a la vida y experiencia de todos los presentes.

HERRAMIENTA 2.	**"CÍRCULO DE LA MEMORIA Y EL PUENTE"**
ENFOQUE QUE ABORDA	**Intergeneracional**
OBJETIVOS	• **Favorecer la expresión emocional** sobre el sentimiento de soledad en un espacio seguro y sin juicios. • **Romper el aislamiento** fomentando la escucha activa y la empatía entre los participantes. • **Construir un puente de conexión** identificando intereses comunes y posibles redes de apoyo vecinal o grupal
TEMÁTICAS QUE ABORDA	Adecuada para trabajar la soledad no deseada en personas mayores, cuyos tres pilares principales son **identificar emociones**, **compartir vivencias** y **crear redes de apoyo**. Esta actividad usa objetos personales para romper el hielo y construir confianza de forma segura y cercana.

DIRIGIDO (A QUÉ COLECTIVO)	Personas mayores. Puede realizarse junto a jóvenes en un proceso de trabajo intergeneracional.
DURACIÓN	1h 30min
METODOLOGÍA	La metodología es activa, participativa y centrada en la persona, dividida en cuatro fases durante una sesión de 90 minutos aproximadamente.
PROCESO	Con antelación se pide a cada persona participante que traiga de su casa un objeto que tenga un valor especial para ellos/as. **Fase 1: Acogida y objeto disparador (20 min)** Se pide a cada persona participante que muestre un objeto sencillo que haya traído de casa (una foto antigua, un pañuelo, un llavero) que signifique algo bonito para ellos y ellas. Cada persona cuenta en pocos minutos la historia detrás de su objeto, lo que ayuda a iniciar la conversación de forma natural. Fase 2: Cómo me siento (20 min) Se visiona el vídeo propuesto “Acompañándo-nos: la escucha como antídoto frente a la soledad”, y una vez finalizado se pide al grupo que comparta sus impresiones. La siguiente pregunta puede resultar generadora: ¿Alguien se ha sentido identificado/a? Fase 3: El hilo invisible (30 min) El grupo se sienta en círculo. La persona dinamizadora sostiene un ovillo de lana, dice una cualidad, un gusto personal o actividades que le guste realizar (por ejemplo: "A mí me gusta pasear por la mañana") y lanza el ovillo a otra persona sin soltar la punta. La persona que atrapa el ovillo dice algo que comparte o una alegría y lo vuelve a lanzar. Al final, se forma una red de lana visible entre todas las personas participantes que simboliza los lazos creados en el grupo. Fase 4: Cierre y compromisos de compañía (25 min) Reflexión grupal guiada con preguntas sencillas: ¿Cómo nos hemos sentido escuchando al otro? Propuesta voluntaria de un pequeño plan para la semana (llamar a un compañero del grupo, quedar para un café o dar un paseo juntos/as).

	Fase 2: Cómo me siento (20 min) Se visiona el vídeo propuesto *"Acompañándo-nos: la escucha como antídoto frente a la soledad"*, y una vez finalizado se pide al grupo que comparta sus impresiones. La siguiente pregunta puede resultar generadora: ¿Alguien se ha sentido identificado/a? **Fase 3: El hilo invisible (30 min)** El grupo se sienta en círculo. La persona dinamizadora sostiene un ovillo de lana, dice una cualidad, un gusto personal o actividades que le guste realizar (por ejemplo: "A mí me gusta pasear por la mañana") y lanza el ovillo a otra persona sin soltar la punta. La persona que atrapa el ovillo dice algo que comparte o una alegría y lo vuelve a lanzar. Al final, se forma una red de lana visible entre todas las personas participantes que simboliza los lazos creados en el grupo. **Fase 4: Cierre y compromisos de compañía (25 min)** Reflexión grupal guiada con preguntas sencillas: ¿Cómo nos hemos sentido escuchando al otro? Propuesta voluntaria de un pequeño plan para la semana (llamar a un compañero del grupo, quedar para un café o dar un paseo juntos/as).
DOCUMENTOS DE APOYO	"Acompañándo-nos: la escucha como antídoto frente a la soledad" https://farmaceuticosmundi.org/acompanando-nos/

HERRAMIENTA 3.	**"LA BANDA SONORA DE NUESTRAS VIDAS"**
ENFOQUE QUE ABORDA	**Intergeneracional**
OBJETIVOS	**Para los mayores:** Estimular la **memoria episódica**, evocar recuerdos positivos y validar su identidad frente a las nuevas generaciones. **Para los jóvenes:** Desarrollar la **empatía histórica**, romper estereotipos sobre el envejecimiento y descubrir las raíces de la cultura popular. **Colectivos:** Fomentar la cohesión social y el aprendizaje bidireccional reduciendo la brecha generacional.
TEMÁTICAS QUE ABORDA	Esta propuesta utiliza la música como puente cultural y catalizador emocional para unir a jóvenes y personas mayores, además de abordar la memoria, empatía y y fortalecimiento grupal.

DIRIGIDO (A QUÉ COLECTIVO)	Personas mayores y personas jóvenes/adolescentes.
DURACIÓN	1h 30min
METODOLOGÍA	Crear un ambiente agradable y cercano, si se realiza en horario de tarde se aconseja preparar una merienda para que sea el cierre de la sesión de una forma distendida.
PROCESO	**Rompehielos Rítmico (10 min):** Trabajo en círculo marcando un pulso común para cohesionar al grupo y reducir la tensión inicial. **Intercambio de Tesoros Sonoros (20 min):** Trabajo en parejas (joven-mayor). Cada persona comparte una canción icónica de su juventud, explicando el contexto y las emociones que le transmite. **Desafío "Adivina la Década" (15 min):** Concurso por equipos intergeneracionales donde deben identificar éxitos musicales de diferentes épocas. **La Playlist del Encuentro (15 min):** Selección de un tema común por pareja para crear una lista digital compartida, se pedirá a cada pareja (sin presionar) que bailen la música elegida e inviten al resto a bailarla. **Cierre reflexivo de la sesión (20 min)** • Se pueden lanzar preguntas generadoras para invitar a participar • ¿Cómo os habéis sentido? • ¿Qué os ha parecido la música de vuestra pareja?
DOCUMENTOS QUE APOYA	"Cómo la música en la tercera edad puede mejorar la calidad de vida" https://www.rubisocial.cat/es/2024/05/16/musica-en-la-tercera-edad-mejorar-calidad-de-vida/ "Taller de musicoterapia para mayores" https://es.scribd.com/document/367803537/Pedro-Lucas-Taller-de-Musicoterapia-Para-Personas-Mayores-15-Sesiones

SALUD MENTAL Y EMOCIONAL



7. SALUD MENTAL Y SALUD EMOCIONAL

En el ámbito de la intervención social, sanitaria y educativa tanto a nivel local, el bienestar emocional de las y los profesionales que realizan atención directa es indispensable y no un lujo fundamental. Cabe destacar la importancia de la salud emocional en contextos de cooperación y emergencias, donde las situaciones se ven agravadas por la realidad del contexto. Sin embargo, el ejercicio de estas profesiones, se desarrolla a menudo en un contexto con sobrecarga de trabajo, precariedad laboral y exposición a traumas por transmisión[3] que dificultan el autocuidado. Para evitar el “burnout” (Síndrome de Desgaste Profesional) es imperativo "cuidar a quien nos cuida", implementando herramientas de autorregulación emocional y cambiando los paradigmas de atención.

7.1 El impacto del desgaste y el trauma

Quienes sostienen el sufrimiento ajeno están expuestos/as a los llamados **traumas por transmisión**, una carga psicológica invisible que se absorbe al acompañar de forma continuada el dolor, la exclusión y la desesperanza de otras personas. Ante esta realidad, surge una pregunta clave: **¿Somos realmente conscientes de nuestras propias necesidades? ¿Y qué nos impide atenderlas?**

Barreras invisibles hacia el autocuidado

Diversos factores psicosociales bloquean nuestra capacidad de frenar y cuidarnos:

- **Estrés acumulado:** la suma del estrés personal, laboral y social eleva de forma crónica los niveles de cortisol, una hormona que, mantenida en el tiempo, resulta sumamente perjudicial para la concentración, la empatía y la correcta toma de decisiones.

- **Desconexión corporal:** nuestra tendencia a intelectualizar el trabajo provoca que ignoremos el lenguaje corporal. El cuerpo siempre habla y, cuando no lo escuchamos, termina emitiendo respuestas psicosomáticas (dolores, insomnio, fatiga extrema) que avisan de la saturación.

- **Dificultad para habitar el "aquí y ahora":** la vocación nos lleva a pensar excesivamente en el futuro de las personas a las que atendemos y en sus necesidades, generando una incapacidad para estar presentes en nuestra propia vida.

- **Baja autoestima y sobre implicación:** la profesionalización de los cuidados se confunde a veces con una entrega excesiva y desmedida. El sacrificio no puede ser el sentido de nuestra labor.

- **Evitación del conflicto y patologización:** En ocasiones, se tiende a patologizar la ayuda o a evitar el conflicto directo, lo que conduce a una profunda frustración cuando los resultados de nuestra intervención no son los esperados.

[3]El trauma por transmisión en profesionales (también conocido como trauma vicario, fatiga por compasión o traumatización secundaria) es el desgaste emocional que experimentan quienes están expuestos/as de forma continua al sufrimiento de otras personas. Ocurre principalmente en terapeutas, personal médico, trabajadores/as sociales y equipos de emergencias.

7.2 El peso del patriarcado en la gestión emocional

Resulta imprescindible analizar cómo el sistema patriarcal modela y condiciona nuestra capacidad para gestionar la frustración y pedir ayuda. En el caso de los hombres, el mandato de género suele dirigir esta frustración hacia fuera (en forma de irritabilidad, rigidez o control), lo que dificulta reconocer la vulnerabilidad. En las mujeres, por el contrario, la socialización basada en el cuidado como obligación moral suele interiorizar la culpa y la frustración, derivando en autoexigencia y el silenciamiento de las propias necesidades.

7.3 Estrategias de futuro: Hacia la autorregulación

Para revertir esta tendencia y blindar nuestra salud mental, es vital establecer espacios de **autorregulación emocional**. Mediante talleres y dinámicas específicas, es posible aprender a identificar las señales tempranas de estrés, gestionar el impacto de los traumas vicarios, validar nuestras emociones y establecer límites sanos que garanticen la sostenibilidad de nuestra labor profesional sin renunciar a nuestra vocación.

A continuación, se presentan dos herramientas para trabajar en equipos de trabajo, pero que también pueden ser adaptadas al cuidado individual.

HERRAMIENTA 1.	"¿SOMOS CONSCIENTES DE NUESTRAS NECESIDADES?"
ENFOQUE QUE ABORDA	**Salud mental**
OBJETIVOS	Dar cuenta de las necesidades que enfrentan profesionales que realizan atención directa en situaciones de vulnerabilidad.
TEMÁTICAS QUE ABORDA	Salud socioemocional
DIRIGIDO (A QUÉ COLECTIVO)	Profesionales del ámbito sociosanitario y educativo.
DURACIÓN	2h
METODOLOGÍA	Se propone que las y los profesionales que realizan atención directa, puedan vivenciar la propia herramienta de trabajo para después adaptarla a los grupos con los que realice su intervención. De esta manera ahondan desde su experiencia en cuestiones emocionales, que le ayudarán a empatizar con el proceso de las personas y/o grupos cuando lo apliquen. Desde un enfoque participativo se potencia el trabajo grupal en espacio libre y participativo para ahondar en los impedimentos y/o cuestiones que influyen en nuestra práctica y devienen de situaciones vinculadas a la propia vivencia profesional.

DOCUMENTOS DE APOYO	Manual para la recuperación y la autogestión del bienestar. Activa per la Salut Mental. https://consaludmental.org/wp-content/uploads/2020/01/Manual-recuperacion-autogestion-bienestar-salud-mental-lectura-facil.pdf ODS 3. Salud y Bienestar. https://www.pactomundial.org/ods/3-salud-y-bienestar/ Rueda de las emociones de Alma Serra. https://almaserra.com/rueda-de-las-emociones/ Gestión del estrés en trabajadores humanitarios Guía de buenas prácticas https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/content/document/Spanish_11.pdf
PROCESO	1. Se inicia la sesión en círculo preguntando a cada persona qué emoción le define en este momento, y cómo se siente. 2. Una persona dinamiza y comparte con el grupo una pregunta generadora en base a diferentes bloques para responder de forma individual en pos-it. Preguntas/bloques temáticos: **¿Qué me impide o bloquea en mi práctica profesional (cuando se dirija a colectivos se transforma la pregunta: qué me bloquea?** Cada persona señala 1 o 2 cuestiones vinculadas a cada bloque. • Estrés (personal, laboral, social...) → Niveles altos de cortisol, perjudicial en la atención y toma de decisiones. • No escuchar el lenguaje corporal → respuestas psicosomáticas (cuerpo-emociones) • El aquí y ahora → dificultad de estar presente, pensar mucho en el futuro, pendientes de las necesidades de las demás personas. • Baja autoestima → entrega excesiva a las demás personas, tendencia en la profesionalización de los cuidados. • Evitar el conflicto → patologizar la ayuda que conlleva a la frustración. 1. Puesta en común, cada persona coloca el pos-it en una pizarra o papelógrafo por bloque temático y expone al grupo. 2. Una vez realizadas todas las exposiciones, la persona dinamizadora invita al grupo a que revise las respuestas y vea las coincidencias. 3. En un papelógrafo y por bloques temáticos se señalan las de mayor coincidencia, de forma colectiva. 4. Una vez que tenemos identificadas aquellas que resuenan con mayor fuerza y son compartidas a nivel grupal se definen propuestas de cambio. 5. Se cierra la sesión con la pregunta inicial adecuada al momento final “Con qué emoción me voy y cómo me siento”.

HERRAMIENTA 2.	VERBALIZÁNDONOS”
ENFOQUE QUE ABORDA	**Salud mental. Cuidados profesionales.**
OBJETIVOS	Reconocer, verbalizar y compartir herramientas para el respiro profesional.
TEMÁTICAS QUE ABORDA	Impacto emocional en el ámbito laboral sociosanitario. Estrés, sobrecarga, fatiga por compasión y necesidad de respiro profesional. Autocuidado, límites y recursos de gestión emocional
DIRIGIDO (A QUÉ COLECTIVO)	Profesionales del ámbito sociosanitario y educativo.
DURACIÓN	1h 30min
METODOLOGÍA	De forma vivencial y mediante el juego “Dixit”, cada profesional elige imágenes que conectan con experiencias y estados internos, las comparte en un espacio seguro y, a partir de ahí, se construye reflexión individual y grupal sobre necesidades y estrategias de autocuidado. De esta forma, las participantes atraviesan distintas competencias durante el juego, empezando por el reconocimiento de una emoción atravesada por una experiencia. Seguidamente verbalizando las emociones hacia dentro y por último expresándolas hacia fuera.
DOCUMENTOS DE APOYO	Cartas imprimibles Juego Dixit. https://es.scribd.com/document/521696695/DIXIT-IMPRIMIBLE-CON-EXPANSION-154-Cartas-en-total
PROCESO	**Apertura y creación de espacio seguro** (15 min) La persona dinamizadora presenta el objetivo del taller: no evaluar rendimiento, sino ofrecer un espacio de respiro y cuidado, donde las imágenes del Dixit servirán para hablar de experiencias y emociones profesionales sin juicios. Se marcan reglas básicas: confidencialidad, libertad para compartir hasta donde cada persona quiera, derecho a pasar turno... Se realiza una ronda de emociones antes del taller, que servirá como precedente para una ronda final.

Primera ronda: "Recuerdo que..." (20 min)

Las cartas se extienden boca arriba. A nivel individual se solicita que cada persona elija una imagen que represente cómo se ha sentido últimamente en su trabajo.
Cada persona, por turno, muestra su carta y responde hacia dentro dos preguntas guía:

"¿Qué ves en la imagen?" (descripción literal).
"¿Qué tiene que ver esa imagen con tu experiencia profesional reciente?" (conexión emocional y narrativa).

La persona dinamizadora debe ir recogiendo palabras clave para visibilizar el clima emocional del grupo. (Cansancio, presión, satisfacción, soledad, equipo, etc.).

Segunda ronda: "Comparto que..." (20 min)

(en pequeños grupos o en círculo dependiendo del número de participantes)

Ahora las personas participantes deberán expresar hacia fuera lo reflexionado previamente a nivel interno, es importante seguir estas premisas. Cada persona comparte:

- La imagen.
- La situación concreta (sin datos identificativos).
- Qué emoción principal le dejó (cansancio, rabia, impotencia, orgullo, ternura...).

El grupo escucha sin interrumpir y luego puede hacer preguntas breves de curiosidad y reconocimiento, no de juicio. Dinamizar recogiendo patrones compartidos.

Tercera ronda: "Para cuidarte..." (20 min)

Cada persona vincula la carta a una estrategia (por ejemplo: caminar, humor en el equipo, supervisión, respirar antes de entrar a consulta, poner límites, escribir, pedir ayuda...).

Después, el grupo completa una lista con pósit de "herramientas compartidas de autocuidado" escuchando e interiorizando las ideas que van surgiendo colectivamente.

Cierre (15 min)

Ahora las participantes describen su emoción al finalizar el taller, se compara con la primera ronda de emociones y se explora si ha habido diferencias y si la experiencia ha sido positiva.

BIBLIOGRAFÍA Y RECURSOS



8. BIBLIOGRAFÍA Y RECURSOS

- Amnistía Internacional (2021). Icebergs de la Violencia. https://blogs.es.amnesty.org/madrid/2021/03/01/niunamas-como-karla/iceberg-violencia-genero-default/

- Antares Foundation (2012). Gestión del estrés en trabajadores humanitarios Guía de buenas prácticas. 3ª Edición. Disponible en https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/content/document/Spanish_11.pdf

- Berra Maranesi, Renata: El iceberg de la violencia de género: qué es y por qué es importante conocer todo sobre él. Punto Convergente, Argentina: https://puntoconvergente.uca.edu.ar/el-iceberg-de-la-violencia-de-genero-que-es-y-por-que-es-importante-conocer-todo-sobre-el/

- Dirección de Gestión Comunitaria y Erradicación de las Violencias de la CIGU y Personas Orientadoras Comunitarias (POC). Iceberg de las violencias por razones de género. Comisión de igualdad de género de la Universidad Nacional de México. Disponible en https://coordinaciongenero.unam.mx/avada_portfolio/iceberg-violencias-genero/

- Farmamundi (2024). Vídeo Acompañándo-nos: la escucha como antídoto frente a la soledad. Proyecto "Acompañándonos. Soledad no deseada en personas mayores" Disponible en https://farmaceuticosmundi.org/acompanando-nos/

- Farmamundi (2026). Vídeo Encadenadxs, Proyecto Aulas en Resiliencia. Disponible en https://aulasresilientes.saludglocal.org/materiales/

- Fernández Rodríguez, Juan Carlos; Domínguez Pineda, Neidy Zenaida y Miralles Muñoz, Fernando. Síndrome de Ulises y duelo migratorio en general. Revista de Estudios en Seguridad Internacional. Disponible en https://seguridadinternacional.es/resi/html/el-sindrome-de-ulises-el-estres-limite-del-inmigrante/

- García, Claudia María (2024). Cómo la música en la tercera edad puede mejorar la calidad de vida. Disponible en https://www.rubisocial.cat/es/2024/05/16/musica-en-la-tercera-edad-mejorar-calidad-de-vida/

- Gea Toro, Laura Rebeca y Ramírez Ortega, Raúl (2019). Guía de Metodologías participativas en Andalucía. Buenas Prácticas para intervenciones de Educación para el Desarrollo. Alianza por la Solidaridad. Disponible en https://participamostransformamos.org/wp-content/uploads/2019/07/guia_metodologias_participativas_APS_compressed.pdf

- Generalitat Valenciana. *Proyecto Daphne*: https://sosvics.eintegra.es/Documentacion/00-Genericos/00-01-Guias/00-01-049-ES.pdf

- GSIA-Grupo de Sociología de la Infancia y Adolescencia. *Materiales y recursos*. Disponibles en https://grupodeinfancia.org/recursos-2025/

- *Juego Dixit, imprimible*. Disponibles en https://es.scribd.com/document/521696695/DIXIT-IMPRIMIBLE-CON-EXPANSION-154-Cartas-en-total

- Lucas, Pedro. Taller de musicoterapia para mayores. Disponible en https://es.scribd.com/document/367803537/Pedro-Lucas-Taller-de-Musicoterapia-Para-Personas-Mayores-15-Sesiones

- Medicusmundi Sur (2026). Curso Online Saludandonos. Disponible en https://medicusmundisur.org/blog/educacion-para-la-transformacion-social/mooc-gratuito-saludandonos/

- Meleri, Irene (2010): La vitalidad del patriarcado. Las relaciones de género en el contexto actual. Su impacto en la salud mental de mujeres y varones. Revista Topía, Buenos Aires, año XX N° 59, agosto-octubre de 2010. Disponible en https://dspace.uces.edu.ar/bitstream/123456789/1550/1/Meler_2010_Topia-59.pdf

- ODS 3. Salud y Bienestar. https://www.pactomundial.org/ods/3-salud-y-bienestar/

- Pikara Magazine (2018): Explicación básica del patriarcado para impertinentes. Disponible en https://www.pikaramagazine.com/2018/01/explicacion-basica-del-patriarcado-para-impertinentes/

- Ruiz Repullo, Carmen (2016): Vídeo “Pepa y Pepe. La escalera cíclica de la violencia de género en la adolescencia” del estudio de la autora “Voces tras los datos. Una mirada cualitativa a la violencia de género en adolescentes”, publicado por el Instituto Andaluz de la Mujer, Sevilla. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=IpaabDdQNO8

- Salud entre Culturas. Decálogo de buenas prácticas en mediación intercultural en salud. Disponible en https://www.saludentreculturas.es/wp-content/uploads/2024/04/03-DECALOGO-DE-BUENAS-PRACTICAS.pdf

- Salud entre Culturas: Psicología transcultural. Disponible en https://www.saludentreculturas.es/psicologia-transcultural/

- Sampietro, Hernán María y Gavaldà Castet, Carla: Manual para la recuperación y la autogestión del bienestar. Activa per la Salut Mental. Activament Catalunya Associació. Disponible en: https://consaludmental.org/wp-content/uploads/2020/01/Manual-recuperacion-autogestion-bienestar-salud-mental-lectura-facil.pdf

- Sánchez Maldonado, Vanessa y Gutiérrez Portugal, Roxana (2023). Del Cuerpo a la Palabra. Repensar el mundo desde la perspectiva de jóvenes migrantes. Asociación Andaluza por la Solidaridad y la Paz y Agencia Andaluza de Cooperación para el Desarrollo-AACID, Granada. Disponible en https://drive.google.com/file/d/1arZljPKdKe9BX9x_WvmkCW4UFXuNOWZa/view

- Serra, Alma. Rueda de las Emociones. Disponible en https://almaserra.com/rueda-de-las-emociones/

- Walker Leonor (1984). The Battered Woman Syndrome. Springer Publishing Company. Springer Publishing

- Wolfgang Welsch, Wolfgang (2024). We Have Always Been Transcultural: The Arts as an Example. Series: Transcultural Aesthetics, Volume: 5



SALUD

andonos



SALUD
andonos

SALUDandonos medicusmundi sur farmamundi Junta de Andalucía | Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad | Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo