



ORIENTACIONES TÉCNICAS ESPECÍFICAS

PARA

LACTANTES y -PREESCOLARES

MODALIDAD

**CENTROS DE REPARACIÓN ESPECIALIZADA DE
ADMINISTRACIÓN DIRECTA**

Departamento de Protección de Derechos
Servicio Nacional de Menores

Junio 2013

I.- INTRODUCCIÓN

El presente documento es complementario a las Orientaciones Técnicas Generales del Modelo Cread, por tanto pretende definir estrategias de intervención específicas para la población lactante y pre escolar que ingrese a los centros Arrullo, Casa Nacional y Belén.

Los CREAD para lactantes o preescolares corresponde a una modalidad residencial administrada directamente por Sename, cuyo procedimiento de ingreso es definido por un magistrado de Tribunal de Familia, medida caracterizada por su condición excepcional y provisoria, a la que sólo se recurrirá cuando los niños/as de entre 0 a 6 años deban ser separados de sus familias para la protección de sus derechos.

El ingreso de los lactantes o preescolares a los CREAD se efectuará por resolución judicial, sin embargo -cuando por razones de fuerza mayor- éste deba realizarse sin contar con ella, la Dirección del Centro asumirá como primer criterio otorgar la debida protección de sus derechos y solicitar en las próximas 48 horas al tribunal competente la orden de ingreso respectiva, acompañando todos los antecedentes de que dispongan.

En consideración al factor edad de los niños/as sujetos de atención, se distinguirán las siguientes categorías:

- Lactantes: aquellos centros destinados a la atención de niños/as desde su nacimiento hasta menores de 2 años de edad.
- Preescolares: aquellos centros destinados a la atención de niños/as desde los dos primeros años de vida hasta menores de 6 años de edad.

II.- OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Desarrollar intervenciones de carácter reparatorias para todos los lactantes/y preescolares y familias que son derivados al centro por orden judicial a los Cread, por medio de una atención residencial especializada, personalizada y de acuerdo a los estándares de calidad establecidos por el Servicio.

Objetivos Específicos

- a. Asegurar una adecuada calidad de vida hacia lactantes y preescolares atendidos en los Centros, satisfaciendo sus necesidades básicas, psicológicas, sociales, de salud y de estimulación temprana, con el fin de promover su desarrollo integral y minimizar el impacto de la internación.
- b. Evaluar las condiciones familiares y sociales que dieron origen a la medida, así como las competencias y capacidades protectoras del/los adultos a cargo, con el objetivo de garantizar el cuidado y sano desarrollo del niño/a de modo de proponer una estrategia de intervención de tipo reparatoria y/o adopción de nuevas medidas judiciales.

- c. Realizar intervención familiar en aquellos casos en que el niño/a cuente con recursos familiares posibles de ser habilitados, para asumir su cuidado personal y ejercer en forma responsable los roles paternos y maternos.
- e. Favorecer los procesos judiciales de susceptibilidad de adopción de aquellos/as lactantes o preescolares en situación de abandono y/o que cuentan con familias inhábiles, coordinándose oportunamente para estos fines con las Unidades de Adopción regionales respectivas.
- f. Facilitar la integración del niño/a susceptible de ser adoptado/a, a una familia adoptiva mediante acciones de reparación socio afectiva, acorde a la etapa del desarrollo del lactante o preescolar¹.
- g. Coordinar recursos de la red SENAME y la comunidad, para fortalecer la intervención con la familia y/o derivación de niños/as que requieran atención de apoyo o cubrir otros requerimientos especiales de acuerdo a sus características y necesidades.
- h. Asegurar la incorporación del enfoque de los enfoques transversales (género - inclusión - desarrollo evolutivo - interculturalidad) en las intervenciones individuales y familiares realizadas por el Centro².

III.- RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados esperados, serán evaluados periódicamente mediante la supervisión técnica del SENAME.

- Porcentaje de niños y niñas con egresos por causales asociadas a la intervención que no reingresan en un periodo de 12 meses a centros de administración directa en relación al total de egresados.
- Porcentaje de egresados de centros de administración directa de protección sin reingresos.
- Porcentaje de egresados de centros de administración directa de protección con PII logrado.
- Porcentaje de egresados de centros de administración directa de protección con menos de 12 meses de permanencia.
- Porcentaje de niños y niñas egresados que reciben intervención especializada respecto del total de niños y niñas egresados.

¹ Aporte Equipo de Casa Nacional, Región Metropolitana, SENAME, 2009.

² Aporte Cread Belén, Región De La Araucanía y Área de Supervisión, Deprode, Sename, Junio, 2013

- Porcentajes de diagnósticos realizados en un tiempo menor a 30 días, en centros de administración directa.
- Porcentaje niños y niñas que cuentan con PII son atendidos en co-intervención³.
- Porcentaje de propuestas para el egreso formuladas por equipos técnicos que son acogidas por tribunales respecto del total de propuestas de egreso.
- Porcentaje de talleres de competencias parentales realizados respecto del total de talleres de competencias parentales planificados (2).
- Porcentaje de errores en el índice de la calidad de información (ICI).

IV.- LINEAMIENTOS TÉCNICOS ESPECÍFICOS

4.1 Sujeto de atención

Niños/as de 0 a 5 años, 11 meses y 29 días de edad que ingresan por orden judicial.

4.2 Vías de ingreso

La solicitud de ingreso al centro será a través de los tribunales de familia competentes, siempre será en el ámbito de apoyo a lo jurisdiccional según lo establecido en el artículo 32 del Reglamento D.S. 841 del año 2005 del Ministerio de Justicia, de la Ley N° 20.032.

En su defecto, la Dirección del Centro deberá solicitar la medida de protección pertinente en primera audiencia al tribunal competente, en un plazo no superior a 48 horas.

4.3 Cobertura La cobertura de los centros se encuentra pre establecida, definiéndose que Casa Nacional cuenta con un número de 80 plazas, Belén un número de 45 plazas y Arrullo un número de 70 plazas.

4.4 Tiempos de permanencia

Esta modalidad de atención no cuenta con tiempo máximo para egresar; sin embargo en consideración a la etapa de desarrollo evolutivo en la que los niños/as se encuentran, es esperable que permanezcan bajo medida residencial no más allá de doce meses. El tiempo debe estar definido por la superación de la situación de vulneración de derechos, situación que condiciona la realización de intervenciones a los adultos de la familia. Se debe garantizar el resguardo de los derechos de protección de cada niño/a. El reconocimiento de esta modalidad de atención como CREAD, se constituirá como un apoyo local para la reparación y restitución de derechos para la población lactante y pre escolar.

³ Recordar que los procesos de co intervención surgen a partir de la realización de un objetivo común con otro interviniente, sector salud, educación, programas de la red.

4.5 Criterios Metodológicos para evaluar a lactantes y preescolares, en el ámbito proteccional

En específico, se propone una metodología de evaluación, que considere los recursos y el daño presente en el lactante o preescolar asociado a la posible exposición a situaciones que constituyen una vulneración de derechos, su contexto familiar, social y cultural; lo que implica considerarlos como protagonistas del proceso y sujetos plenos de derechos.

Por lo general y dependiendo de su edad, el diagnóstico de la situación del lactante o preescolar, tendrá un alto componente técnico dependiente de la participación y relato de terceros significativos de su entorno inmediato, tanto familiares como actores de la red comunitaria con la que directa o indirectamente ha mantenido contacto. No obstante lo anterior, será imprescindible establecer una relación directa con el niño/a, para apreciar su situación desde sí mismo/a, ya sea que ésta sea accedida a través de la observación de su comportamiento afectivo y social en su entorno natural, evidenciar como método de evaluación del niño/a la observación que se hace de la calidad de la interacción que sostiene con sus referentes significativos mediante el análisis que se debe realizar en el espacio de visitas⁴, el juego, la aplicación de pruebas proyectivas y/o gráficas, escalas de indicadores o entrevistas semi-estructuradas.

Como particularidad, la metodología de psicodiagnóstico en niños/as pequeños/as requerirá una especial consideración de la variable desarrollo, el uso de un lenguaje accesible al nivel de funcionamiento cognitivo de cada niño/a, junto a una actitud que propicie un adecuado rapport, la necesidad o conveniencia del trabajo interdisciplinario (pediatras, psiquiatras, neurólogos, fonoaudiólogos infantiles), así como el conocimiento y flexibilidad en el uso de diversas técnicas que por lo general no resultan infalibles en sí mismas, sino complementarias y atingentes según el caso en particular (entrevistas clínicas, pruebas proyectivas, psicométricas, el juego, etc.). Evaluaciones según etapa de desarrollo⁵:

- 0 a 2 años sensorio motor.
- 2 a 3 años constructivo (bloques, bandeja de arena)
- 4 a 5 años artístico (disfraces, títeres, cuentos)

Por su parte, el proceso evaluativo convocará y abordará a las familias como el espacio natural de pertenencia del niño/a, facilitando su plena participación, cuando no está involucrada en la vulneración constitutiva de delito pudiendo conocer y comprender sus habilidades y debilidades que protegen y/o vulneran los derechos de los niños/as, definiendo factores protectores o la ausencia de éstos y de riesgo.

Esta evaluación en profundidad, permitirá realizar un análisis de resultados a la luz de las necesidades inmediatas a desarrollar con fines de intervención. El proceso de elaboración de planes de intervención al interior de los CREAD permitirá además contar con toda la

⁴ Se agradece el aporte de los profesionales Cread Arrullo, Sename, junio 2013.

⁵ Se agradece el aporte de la Dirección Regional Metropolitana y Cread Casa Nacional del Niño, Sename, junio, 2013.

información recopilada en etapa de diagnóstico e integrar cada uno de los logros obtenidos en los procesos de intervención parental, familiar e individual que se realice.

Cabe señalar que el proceso de estimulación del desarrollo en los niños/as se inicia desde el momento en que éste ingresa al centro, independiente de las fases de intervención en la que se encuentre. Esta etapa del desarrollo exige que permanentemente los niños/as vivencien el contacto con el otro, interactúen con pares y con el medio ambiente, a través del tacto y la estimulación verbal por parte de los educadores/as se va estimulando la activación del desarrollo cerebral, creación de un ambiente físico cercano y masajes todos los días⁶.

Del mismo modo, movilizará los recursos de la red para facilitar el acceso de las familias a programas y servicios presentes en la red de apoyo social, atendiendo a las necesidades detectadas, y en los casos que existiera una situación del ámbito de la salud como psiquiátrica y/o neurológica, evidenciada durante el proceso de evaluación, se sugiere derivación a instancias pertinentes. Este tipo de apoyo es parte de las necesidades específicas a cubrir en la intervención que se realiza en los centros, siendo los CREAD los responsables de los avances y desafíos que todo proceso de reparación conlleva.

4.7 Criterios Metodológicos para el Desarrollo de Intervenciones de tipo Reparatorias dirigida a Lactantes, Preescolares y Adultos Responsables

Se propone la realización de un proceso de reparación tendiente a responder a las necesidades particulares de cada niño/a, y familia⁷.

Se ha definido la intervención reparatoria como un medio para lograr interrumpir las situaciones de vulneración de derechos, potenciar los recursos protectores de las familias y/o adultos significativos, como asimismo el desarrollo de intervenciones individuales y familiares para cada niño/a y familia ingresada.

La separación del medio familiar y el consiguiente ingreso al sistema residencial impacta en el desarrollo de los niños/as, por tanto es importante destacar que todas las acciones que se realicen y aquellas que se dejen de realizar impactarán en su desarrollo psicoafectivo, por tanto es imprescindible que cada educadora permanentemente responda a las demandas de afecto, estimulación y protección que exigen los procesos de intervención con la primera infancia.

El desafío de activar al interior de cada CREAD dispositivos tendientes a la realización de intervenciones psico-educativas, psicoterapéuticas, permitirá ofrecerles a cada niño/a

⁶ Aportes Dirección Regional Metropolitana, Sename, junio, 2013.

⁷ Sename. (2009). Orientaciones Técnicas de Lactantes y Preescolares. Área de Protección de Derechos.

ingresado/a una alternativa real de superación de la situación asociada a la vulneración de derechos realizando todos los esfuerzos necesarios para lograr una pronta reinserción en medio familiar a través de acciones que fomenten la base segura como sustento de la intervención en el ámbito residencial⁸. Por el contrario, la falta de contactos físicos, demasiados cambios en los cuidadores tempranos o la separación traumática de la madre/padre afectará la función del apego⁹.

En la actualidad, los CREAD cuentan con equipos especializados en la atención focalizada en niños/as menores de seis años de edad, con la capacidad de activar intervenciones especializadas para el abordaje de familias refractarias a las intervenciones, aquellas que han ejercido algún tipo de maltrato, o bien debilitadas en sus competencias parentales.

V.- DESCRIPCIÓN DEL PROCESO GENERAL DE TRABAJO EN EL CENTRO.

La acción de los CREAD para lactantes y preescolares, se centra fundamentalmente en las siguientes fases de intervención:

5.1. Ingreso y acogida

Se entiende por ingreso al proceso de acogida del lactante o preescolar en el nuevo contexto que para él/ella constituye el Centro. En esta fase¹⁰ son relevantes al menos tres acciones:

a) Registro del ingreso del niño/a al Centro y recopilación de los principales antecedentes sobre su situación, con la finalidad de conocer y dar cumplimiento a la demanda específica de la instancia judicial, determinando responsabilidades y acciones pertinentes a seguir en cada caso particular. Se reitera que si por razones de fuerza mayor, un lactante o preescolar es ingresado/a sin que medie una orden judicial, igualmente se registrarán los principales antecedentes, mientras su situación es informada en las próximas 48 horas al tribunal competente.

b) Procurar un ambiente cálido, acogedor y la satisfacción inmediata de las necesidades que presente el lactante o preescolar al momento de su ingreso. Para esto, entre otras acciones, se deberá asignar a una educadora de trato directo o Educadora de párvulo a cargo de la sala en la que el niño/a ingresará que le reciba, interactúe con él, lo acoja e inicie un proceso de acercamiento personal y de familiarización con el establecimiento. En el caso de niños/as mayores de dos años, además se debe potenciar la relación entre pares y la consideración de espacios de interacción lúdica.

c) Iniciar acciones tendientes a tomar contacto e informar a cada familia de los niños/as presentes el ingreso de éstos al Centro, facilitando la comprensión del significado y consecuencias de la resolución judicial adoptada por el Juez pertinente, responder a sus inquietudes y motivar la participación en el proceso que se inicia. La estrategia

⁸⁸ Aportes Cread Belén, Región De La Araucanía, Sename, Junio, 2013

⁹ Aportes Dirección Regional Metropolitana y Cread Casa Nacional del Niño, Sename, junio, 2013.

¹⁰ Remitirse al documento Protocolización del Modelo Cread, Deprode, 2013.

motivacional que se utilice es vital para lograr establecer una alianza de trabajo orientado a la resolución de la situación de vulneración. Cabe señalar que es indispensable la utilización del Cuadernillo de Bienvenida con el objeto de explicitar el contexto en el cual se realizarán las intervenciones y reforzar el derecho a la protección de los niños y niñas.

d) Conjuntamente, será de suma importancia, contar con una resolución judicial que señale la conveniencia o inconveniencia de otorgar espacios de visitas a los padres y/o familiares. Respecto del pronunciamiento explícito de tribunales:

En el caso de no tener autorización de visitas, se deberá informar a la madre, padre y familiares de dicha resolución, comunicando claramente que la única figura provista de la facultad de revocar la medida es el Juez de Familia. A estos efectos deberá considerarse un espacio de entrevista adecuado y el debido respaldo de la respectiva orden judicial.

Si existiera autorización de visitas de familiares, pero con indicación de supervisión, deberá participar el profesional asistente social, con el objetivo de resguardar los derechos de protección especial de los niños/as que se encuentren en dicha situación. Cabe señalar que se debe cautelar que los adultos que ingresan a visitas no ingresen a los dormitorios y/o baños junto a los niños/as. Así mismo, es de suma importancia, prohibir el ingreso de teléfonos celulares y alimentación (golosinas, bebidas, comida, entre otros) que se le proporcione a los niños/as.

Si una vez concluida la visita se ha registrado un hecho importante que amerite ser reportado, se realizará un informe al tribunal de familia competente y se registra en el seguimiento del PII¹¹. Asimismo, el centro debe propender a integrar estos espacios de encuentro al proceso de reparación iniciado, con el objetivo de modelar establecimiento de vínculos, cambios relacionales e informar periódicamente los avances obtenidos al Juez competente.

En el caso de contar con autorización judicial para que el niño/a sea visitado por su madre, padre o familiares, es deber informar a éstos sobre los procedimientos y objetivos del centro, horarios de visitas y estado general del niño/a, siendo especialmente relevante motivar su participación en los procesos de intervención a desarrollar, con el propósito de superar la situación que generó el ingreso. Es necesario contar con márgenes de flexibilización que permitan facilitar la presencia de los familiares, considerando tanto los recursos económicos, las distancias y actividades laborales en las que se desempeñan.

Las visitas de los progenitores o familiares cercanos deben responder a las necesidades afectivas, de encuentro emocional que cada niño/a requiere, por tanto, es indispensable que los adultos respondan a estas demandas, en el marco del encuadre definido por el equipo del centro.

¹¹ Aportes Cread Belén, Región De La Araucanía, Sename, Junio, 2013

Es necesario llevar un registro de las visitas¹² y especialmente de la calidad de las mismas, debido a que los informes diagnósticos y de avances del PII deben contener dicha información. La jefatura técnica, deberá instruir de esta indicación al personal de trato directo, siendo deber de los profesionales responsables de cada caso, orientar al/os Educador/es, en qué aspectos se debe poner atención, por ejemplo si éstas se realizan durante el fin de semana¹³.

Siempre se debe favorecer el derecho a la lactancia, por tanto el equipo deberá intencionar que las madres asistan regularmente al centro y logren amamantar a los bebés. Este proceso deberá ser siempre supervisado por personal del centro. El espacio de amamantamiento deberá incorporar la realización del aseo de los lactantes luego de ser amamantado, apoyo para reforzar la relación de apego y cuidado materno filial. Considerar la evaluación de las condiciones en las cuales llega la madre a la visita, principalmente si amamanta a su hijo, para descartar consumo de alcohol o drogas, principalmente los fines de semana.¹⁴

5.2. Encuadre¹⁵.

Debe concretarse ya desde el primer contacto y/o entrevista inicial. Tiene la finalidad de informar y comunicar al adulto responsable y al niño/a –de corresponder, según su nivel de desarrollo- del proceso a realizar, la modalidad y posible tiempo de trabajo, su objetivo y propósito.

Es importante en esta fase establecer una relación cercana con el entrevistado/a de modo de reducir ansiedad, brindándole respuestas a sus dudas e inquietudes, de modo de facilitar la expresión verbal de sus intereses y experiencias. Ello, además de apoyar el establecimiento de un adecuado **rapport**, permitirá al o la profesional estimar el nivel lingüístico, cognitivo y cultural del niño/a y su adulto responsable, de modo de comenzar a diseñar el abordaje de los temas que requieren ser profundizados en las siguientes fases del proceso evaluativo.

Conjuntamente, es indispensable informar sobre los fines que tendrá la evaluación, de modo de mantener informado al adulto responsable de la presentación de los informes a quien lo solicitó, el que podrá ser expuesto ante un juicio, si corresponde.

Es indispensable en esta fase reforzar a los adultos significativos la importancia de participar en los espacios de intervención diseñados para la intervención que se realiza con el niño/a y sus adultos significativos. Estos espacios no se pueden reducir sólo a dar cumplimiento a las visitas; sin embargo es necesario destacar que se debe dar cumplimiento a éstas, las que serán importantes tanto en cantidad como en calidad. En consideración a que esta intervención se realiza en un contexto judicial, los adultos

¹² Orientaciones Técnicas Generales; Documento Protocolización de la Atención, Deprode, 2013

¹³ Aportes Área Supervisión, Deprode, Junio, 2013

¹⁴ Aportes profesional Dirección Regional Metropolitana, Sename, junio, 2013

¹⁵ Para el mejor desarrollo de esta fase es indispensable que a cada adulto se le haga entrega del Cuadernillo de Bienvenida

deberán ser informados que los profesionales a cargo de cada caso deberán informar a Tribunales la frecuencia de las visitas, la calidad de los contactos y por supuesto la participación que ellos tengan en el proceso¹⁶.

El encuadre debe ser reforzado permanentemente de modo que las “reglas” sean conocidas por todos los intervinientes. El encuadre de trabajo debe orientar el qué hacer de cada uno de los funcionarios del centro, siendo indispensable visualizar la residencialidad como una oportunidad para el desarrollo de estrategias de intervención orientadas a la reparación de daño. Cabe señalar que es parte del encuadre de trabajo el organizar las distintas prestaciones de acuerdo a los lineamientos técnicos de esta modalidad de atención.

5.3. Estadía

En términos generales, mientras el lactante o preescolar permanezca en el establecimiento, se deberá individualizar y asignar a Educadora de Párvulo a cargo de la sala –idealmente la misma persona que lo recibió-, a fin de que asuma un rol como el adulto más cercano del niño/a, quien debe acompañarlo y/o contenerlo en su proceso de adaptación.

Durante toda la permanencia de un niño/a en el centro, se deberá integrar en cada rutina diaria actividades orientadas a estimular el desarrollo psicomotor y afectivo. La intervención permanente permitirá reducir los efectos de la internación, siendo relevante el trabajo en salas, durante actividades de alimentación, baño y especialmente contacto con la naturaleza y aire libre, contacto que debe ser garantizado en forma diaria.

La permanencia deberá ser un factor a evaluar permanentemente, no sólo con fines de egresar prontamente, sino que además, debe ser integrada al momento de evaluar el estado emocional de cada niño/a.

5.4. Evaluación Diagnóstica

Corresponde a un proceso riguroso, diligente y oportuno, de investigación social y evaluación de los ámbitos individual y socio-familiar del lactante o preescolar que ingresa al Centro. El proceso de evaluación debe dar cuenta, por una parte, de la o las situaciones que están a la base de la separación familiar, el nivel de daño presentado y el grado de vulnerabilidad, mientras por otra, consignará las competencias y capacidades parentales en aquellos adultos responsables de la crianza del niño/a, constatando la presencia o carencia de recursos protectores y redes comunitarias, con la finalidad de establecer un pronóstico de su situación. Sobre la base de esta información se elabora el informe conforme a requerimientos de los tribunales correspondientes, sugiriéndose la o las alternativas más adecuadas para superar la problemática que motivó el ingreso, velando en todo momento por el interés superior del niño/a.

¹⁶ Se agradece el aporte de los profesionales de Cread Arrullo, Concepción, junio 2013.

Dichas alternativas generalmente se relacionan con la reinserción familiar inmediata o posterior a una intervención especializada, para la habilitación de roles parentales realizada en el mismo centro, la coordinación y derivación de antecedentes a Unidades de Adopción de la dirección regional, familia de acogida u otro programa de modalidad residencial.

Cualquiera sea el tipo de intervención realizada, ésta debe constituirse en el medio para facilitar la superación de la situación de vulneración y el espacio para profundizar aquellos aspectos presentes en la dinámica familiar que ha sido posible asociar con el ingreso y/o mantención de la situación de vulneración de derechos.

De acuerdo a la alternativa que prevalezca utilizar para la evaluación de la situación de cada niño/a en particular, previo al encuentro con el lactante o preescolar y su grupo familiar, es indispensable contar con los antecedentes que existen en la causa, así como con claridad sobre lo que se pretende indagar y el objetivo de los informes.

Estos antecedentes permitirán diseñar las entrevistas o dinámicas de evaluación indirecta, considerando las características de la etapa de desarrollo infantil en la cual se encuentra el/la niño/a, su género, su etnia, características culturales, socioeconómicas e idiosincrásicas de su grupo familiar y otros.

Al respecto, es indispensable el conocimiento respecto a cómo obtener apreciaciones clínicas en lactantes y realizar entrevistas a preescolares, de acuerdo a su nivel de desarrollo y etapa evolutiva, integrando este saber en la profundización que se desea realizar, considerando además las capacidades y vivencias que éstos/as presentan.

Finalmente, la planificación deberá considerar la secuencia en la que serán utilizados los distintos instrumentos clínicos. Como criterio básico debe considerarse ir desde lo menos a lo más ansiógeno para el niño/a. En general, ello implica comenzar con pruebas gráficas (dibujo libre, http, dibujo de la persona, test de la pareja), cuando sea pertinente, continuar con una hora de juego diagnóstica (HJD), luego pruebas proyectivas (CAT A) y dejar para el final, las pruebas de inteligencia y neuropsicológicas. Consideración de evaluación de su etapa de desarrollo socioemocional:

- regulación y atención (0 a 6 meses)
- vinculación (6 a 9 meses)
- comunicación ida y vuelta (9 a 18 meses)
- comunicación gestual compleja (18 a 24 meses).
- expresión de ideas y pensamientos emocionales (24 a 48 meses)¹⁷.

Lo anterior, como criterio general, a verificar caso a caso. Mención especial merece el Test de la Familia, el que a pesar de ser una prueba gráfica no es deseable utilizar al inicio, ya que en la mayoría de los casos despierta ansiedad en el niño/a.

¹⁷ Se agradecen los aportes de profesional de Dirección Regional Metropolitana, Santiago, Sename, junio, 2013

Para el caso de **evaluaciones de competencias parentales** se recomienda la comprensión y el estudio de lo que se espera de los padres o adultos significativos para el proceso de crianza y cuidados de los niños/as. El instrumento recomendado es NCFAS – R. Frente a la evaluación de presencia de indicadores clínicos de relevancia se espera que los adultos cuenten además con una evaluación psicométrica de capacidades cognitivas y estructura de personalidad.

Es necesario señalar que al momento de detectar – en el proceso de evaluación - presencia de indicadores que pudiesen dar cuenta de inhabilidades parentales se debe realizar una evaluación con apoyo de psicometría dirigida a la figura adulta, responsable o futura responsable de asumir los cuidados del lactante o pre-escolar. No es posible presentar sugerencias de posibles inhabilidades, sin contar con el respaldo técnico necesario.

El objetivo principal del proceso evaluativo, es dar respuesta a lo solicitado por la autoridad competente, estudiando los aspectos cognitivos, emocionales y sociales, orientado a describir el funcionamiento global del evaluado/a. En esta fase se evalúan datos relativos al desarrollo evolutivo, estado de salud e historia de enfermedades de los adultos a cargo de los niños/as, del lactante o preescolar, si las hubiese, así como –de ser posible, según lo permita su capacidad de expresión verbal o gráfica- describir la percepción que éste tiene de sí mismo, de las figuras parentales, dinámica de las relaciones familiares, adaptación social, evaluación del daño, credibilidad del relato del niño/a sobre su vulneración, entre otros aspectos.

En tanto el psicodiagnóstico, su finalidad es investigar acerca de aspectos propios de la personalidad en desarrollo del niño/a, el medio en que se desenvuelve (familiar, escolar, social), así como las características de la interacción con su medio (en el pasado, actualidad y proyección futura), antecedentes relevantes, aspectos adaptativos (habilidades, competencias, logros) versus desadaptativos.

Cabe destacar que para la elaboración del diagnóstico, las familias aportan su relato y su propia lectura de la realidad al proceso de evaluación; sin embargo la percepción e información que entrega algún adulto responsable permitirá realizar una línea basal que fortalece la justificación de la emergencia de alguna sintomatología y/o cambio conductual presente en el lactante o preescolar. Se busca propiciar la participación, considerando que la familia es un sistema relacional en un contexto transgeneracional e histórico, lo que permite entender el funcionamiento de sus integrantes. Mirar a la familia como un sistema con historia, implica mirar sus procesos en un contexto multigeneracional, ello es evidente, en casos de experiencias traumáticas y graves vulneraciones de derechos que viven lactantes y preescolares, las que probablemente también vivieron sus propios padres/madres. En esta perspectiva, el diagnóstico en tales procesos de victimización actuales, sin considerar el contexto transgeneracional de vulneración probablemente reduzca su certeza. La familia como sistema emocional,

permite también comprender en mayor medida cómo muchas situaciones de transgresión son mantenidas crónicamente por el sistema y cómo los adultos dicen nunca haber visto o sabido sobre dicha transgresión.

Este proceso tendrá como resultado una visión completa del posible daño asociado a alguna experiencia vulneradora que motivó el ingreso al programa, así como la sugerencia de acciones a seguir. En esta etapa se deben evaluar el tipo de vulneración de derechos, la gravedad del daño, el nivel de riesgo y el pronóstico del caso.

Por lo tanto, es importante reconstruir aspectos relevantes del contexto de desarrollo del lactante o preescolar evaluado/a, siendo absolutamente necesario ampliar la evaluación hacia figuras adultas responsables de sus cuidados. Se debe determinar el contexto en el cual se da origen a la medida de intervención judicial y la necesidad de realizar la evaluación, siendo necesario identificar factores protectores v/s factores de desprotección y vulnerabilidad presentes en el contexto familiar inmediato.

En el caso de lactantes o preescolares que presenten alguna transgresión de derechos junto con alguna discapacidad o necesidades especiales, el programa deberá tomar todas las medidas que le permitan alcanzar los objetivos del proceso diagnóstico. Como también, incorporar en el diagnóstico la participación de terceros como por ejemplo médicos, profesionales de la salud, terapeuta ocupacional, neurólogos, quienes podrán entregar elementos diagnósticos clínicos que deben ser integrados en el informe de profundización diagnóstica.

En el ámbito del trabajo social, se espera que se realicen entrevistas semi-estructuradas las cuales son centrales y aportan a la proceso diagnóstico, en tanto constituyen el espacio en que se prueban las distintas hipótesis sobre la posible ocurrencia de abandono, negligencia, maltrato y abusos sexuales u otras vulneraciones de derechos; de su rigurosidad dependen no sólo las conclusiones que se obtengan, sino también la capacidad para lograr interrumpir las dinámicas vulneradoras y dañinas en la vida de los niños/as.

Así como las visitas domiciliarias, las técnicas como el Genograma y Eco-mapa, observaciones participativas, análisis de fichas clínicas y expedientes judiciales, evaluar qué tipo de prestación social pudiera ser necesario activar desde la Política Pública, entre otras herramientas que se utilizarán son importantes para la ampliación y profundización del diagnóstico. Cabe señalar que es el rol y función de los profesionales trabajadores sociales realizar este tipo de intervención, quienes en consideración a cada caso particular podrán ampliar el círculo de evaluación hacia sujetos significativos como vecinos, salas cunas/jardines infantiles, Cosam, entre otros. Así también, es importante que se realicen estrategias tendientes a confirmar información proporcionada por los adultos relacionados con el niño/a¹⁸.

¹⁸ Se agradece el aporte del Área de Supervisión, Deprode, Sename, junio, 2013.

Es relevante que los centros establezcan criterios que les permitan determinar grados de vulneración versus sintomatología presentada por el niño/a a objeto de establecer a priori medidas conducentes a brindarles protección¹⁹.

Al momento de evaluar la existencia de una posible victimización asociada a la comisión de un delito, es deber del equipo profesional informar a fiscalía y al tribunal de familia para que estas instancias adopten las medidas necesarias que garanticen la protección de los derechos de los lactantes o preescolares víctimas. Así como la activación de las circulares y protocolos establecidos para estos casos²⁰

En síntesis, la evaluación realizada con el niño/a –en lo posible y respetando criterios de desarrollo evolutivo- deberá considerar los siguientes aspectos:

- Desarrollo cognitivo, socio-emocional, conductual y/o relacional, adaptación social.
- Capacidad para responder a los estímulos del medio, capacidad de alerta, descubrimiento, contacto, entre otros.
- Capacidad para jugar libremente, sonreír.
- Capacidad para responder al contacto con el otro, calidad de dicho contacto.
- Capacidad de evocar relatos asociados al daño causado por la vulneración de derechos que presenta.
- Capacidad para expresar los sentimientos asociados ante la evocación de experiencias traumáticas.
- Capacidad para reconocer figuras agresoras y/o no protectoras.
- Grado y calidad de la vinculación afectiva con los distintos integrantes de su familia de origen.
- Capacidad para establecer vinculación con adultos/as protectores/as.
- Capacidad para articular, verbalmente, su historia de vida, identificando, sus figuras afectivas y aquellas que él o ella describe como ausentes, agresoras y/o indiferentes.
- Grado de daño o trauma causado por las situaciones de maltrato en caso de su ocurrencia.
- Presencia de problemas de salud física y grado de incapacidad para el desempeño de distintas áreas.
- Conclusión respecto del desarrollo psicomotor evaluado acorde a lo esperado según norma.

Respecto a la situación familiar, es necesario considerar algunas de las siguientes variables:

¹⁹ Aporte entregado por Dirección Regional IX región, SENAME, 2009.

²⁰ Para mayor profundización véase circular N° 25 y Protocolo sobre situaciones de violencia sexual. Protocolización del Modelo. CREAD DEPRODE 2013.

- Si el lactante o preescolar cuenta o no con figura protectora en su familia de origen que garanticen su protección.
- Niveles de riesgo, Existencia de toxicomanías, asociación delictual, trastornos psiquiátricos del cuidador principal, entre otros.
- Tipo de apego.
- Calidad de los recursos parentales protectores.
- Motivación al cambio o irreversibilidad de la situación familiar.
- Tipología y cronicidad de la vulneración ejercida en su contra: intra y/o extra-familiar.
- Credibilidad de las situaciones de vulneración de derechos desde sus adultos responsables.
- Capacidad de satisfacción general de sus necesidades básicas en todos los contextos.

Tales antecedentes permiten diseñar las hipótesis específicas de trabajo, los objetivos que debiera abordar la intervención, las estrategias pertinentes y un pronóstico, tanto del lactante o preescolar, como de la familia y establecer recomendaciones para jueces/as o fiscales, o quienes deban intervenir en la situación de vulneración.

En el análisis y planteamiento de las estrategias de intervención se contempla y garantiza la activación de todos los recursos personales, profesionales y sociales tendientes a velar por el mejor bienestar del lactante o preescolar.

Respecto de las variables que permiten establecer un pronóstico del caso, se considera el tipo de vulneración, la gravedad del daño ocasionado, existencia o no de grupo familiar y/o adulto significativo, existencia o no de abandono materno-paterno y disposición de los adultos contactados de participar en el proceso de intervención, necesidades de apoyos complementarios que requiera el niño/a (apoyo de proyecto especializado, apoyo médico o de salud mental)²¹.

Se destaca que todos los niños/as ingresados deben contar con el proceso de evaluación diagnóstica, siendo ello solicitado o no formalmente desde los Tribunales de Familia. En el caso que no sean solicitados, es deber de la jefatura técnica indicarlo a profesionales del centro y remitirlo al juez competente de la causa. Frente a la dificultad de contar con la participación y presencia de los adultos, progenitores o adulto responsable, se debe solicitar a Tribunal de Familia ordene la diligencia y realice la amonestación correspondiente a quien corresponda del medio familiar del niño/a.

Los instrumentos de registros, de elaboración del Informe y tiempo establecido para el mismo están contenidos en las Orientaciones Técnicas Generales y Documento Protocolo de los Centros.

²¹ Se agradece el aporte del Área de Supervisión, Deprode, Sename, junio, 2013.

5.5. Análisis de los Resultados.

Los resultados de la evaluación deben ser presentados mediante la elaboración de un informe que dé cuenta del proceso desarrollado y a la solicitud que dio origen a la evaluación.²²

Estos resultados deben ser presentados de tal forma que permita informar al juez el nivel de desarrollo evolutivo que presenta el niño/a, el impacto de éste, en relación a la exposición a situaciones de vulneración de derechos, recomendaciones orientadas a reforzar aspectos del desarrollo que se encuentran deficitarios, respuesta emocional frente al contacto con los progenitores y/o familiares extensos, a la situación de internación, si es visitado, cómo se relaciona con pares, responde a las indicaciones, presenta un sueño reparador, logra recibir adecuadamente la alimentación, entre otros.

En cuanto a los adultos que han sido evaluados, es necesario que además de incorporar los resultados obtenidos que dicen relación con capacidades protectivas, evaluaciones psicológicas y sociales, se debe informar acerca del grado de participación de éstos en los procesos que se desarrollan en el centro, por ejemplo cumplimiento de visitas, calidad de las mismas, cumplimiento con el amamantamiento, capacidad para integrar normativa del centro, condiciones y características socioeconómicas que permitan cubrir las necesidades del lactante o niño/a a cargo, o si se requiere incorporar dentro del proceso de intervención, acciones y/o estrategias orientadas a la adquisición de subsidios y/o apoyos sociales que ayuden al buen cuidado²³, entre otros.

5.6. Devolución.

Tendiente a cerrar el proceso realizado con el adulto responsable y –de corresponder, de acuerdo a su desarrollo evolutivo- con el niño/a individualizado, se debe informar el cierre del proceso de diagnóstico. Se estima que cada profesional evaluará el tipo de información que se entregará, en consideración a que el contenido y detalle del informe no es factible de ser comunicado en su totalidad.

En lo fundamental, y cuando es posible, considerando el contexto en que se da este tipo de evaluación-, el objetivo básico de la devolución es ayudar a que el sistema familiar se abra al cambio, alcance mayor conciencia en relación a la causal que motivó el ingreso del lactante o preescolar a ser intervenido judicialmente y a lo latente de la problemática y, de ser necesario, prosiga y se comprometa en el proceso de ayuda que corresponda, reconociendo sus recursos y debilidades. Es una instancia dinámica, dialógica y su principal sentido es transmitir la información recabada en forma veraz, estratégica, organizada y dosificada a quienes han sido los participantes del proceso y a quienes finalmente afectarán sus conclusiones.

²² Remitirse al documento Protocolización del Modelo Cread, Deprode, 2013.

²³ Se agradecen los aportes de Área de Supervisión, Deprode, Sename, junio, 2013.

Todos los adultos que han participado en el proceso de diagnóstico deberán contar con el proceso de retroalimentación de la información obtenida, conocer el plan de acción a desarrollar y reforzar el encuadre de trabajo.

Es preciso actuar con ética profesional en cuanto al principio de confidencialidad y respeto a cada participante, especialmente por el niño/a, quien ha sido el más vulnerable por su calidad de ser dependiente. En la medida que su desarrollo evolutivo, comprensivo y de lenguaje lo permita, tal como se señaló, habrá de incorporarse al preescolar en la devolución, teniendo especial cuidado en el uso del lenguaje, así como en que la devolución sea breve y lo más concreta posible. Lo más aconsejable es hacer la devolución en una entrevista separada para el adulto responsable y para el niño/a, ya que el lenguaje, los énfasis y el cierre clínico es diferencial para los adultos (padres o sustitutos) y para el niño/a.

Las situaciones pueden ser variadas pero es importante señalar que si será derivado a atención especializada en la reparación por algún tipo de victimización sexual, debe estar informado de la participación de otros profesionales, contar con seguridad y confianza que le permita disminuir sus niveles de ansiedad. En caso de evaluarse que el niño/a presenta re-victimización secundaria o bien un severo daño que se evidencia en su capacidad de establecer contacto con adultos, se estima necesario postergar la derivación e iniciar el proceso de tratamiento por el profesional psicólogo que se desempeña al interior del Cread.

Si la evaluación determina que serán presentados los antecedentes para iniciar una causa de susceptibilidad de adopción, la entrega de esta información es parte del proceso de intervención individual a realizarse con el pre escolar. Bajo ningún punto de vista, el niño/a debe ser informado de la solicitud de susceptibilidad de adopción, del otorgamiento o no de dicha solicitud, sino que se le informará sólo antes de producirse el enlace, de modo de enfrentar el proceso con las resoluciones judiciales ya dictadas y con el trabajo coordinado con la Unidad de Adopción Regional, de modo de que éste sea parte del proceso de reparación de daño, intervenciones que le permita internalizar la adopción como una alternativa real de ser querido, cuidado y protegido.

Esta fase de devolución cuenta con el desafío fundamental de reducir los niveles de ansiedad asociados a la resistencia de ingresar a procesos de intervención de tipo reparatorio. Es necesario, reconocer las resistencias que presentan los adultos de modo de ofrecer un espacio protegido para el desarrollo de habilidades y capacidades protectivas.

En aquellos casos en que los resultados de las evaluaciones destaquen la presencia de recursos protectores que permitan -tras un proceso de intervención reparatoria- restituir el derecho del niño/a a vivir en familia, se diseñará conjuntamente con la familia un plan de intervención orientado a la reinserción favorable del niño/a como a potenciar el desarrollo infantil acorde a sus capacidades y etapa evolutiva.

5.7.-Intervención²⁴

El eje central de esta fase es responder a las necesidades de los niños /as y de sus familias atendidos. Cabe precisar que desde el ingreso, se da inicio al proceso de intervención reparatoria, por tanto se debe exigir a todos los funcionarios del centro conocer y aplicar las Orientaciones Técnicas y Protocolos de Actuación definidos para esta modalidad de atención.

5.7.1. Intervención individual con el lactante o preescolar

Cada uno de los casos ingresados deben contar con un plan de estimulación orientado a potenciar el desarrollo cognitivo, emocional, psicomotor y social del niño/a. Aquellos lactantes y pre-escolares que presenten algún tipo de discapacidad, deberán contar con un plan de trabajo interdisciplinario e interinstitucional, proceso que podrá continuar en el caso de finalizar su tiempo de permanencia en el centro.

Se debe diferenciar estrategias de intervención para cada etapa del desarrollo de los niños/as ingresados como además para cada necesidad particular de éstos. El juego como forma de integración de las experiencias vividas desde lo cognitivo permite trabajar como el niño va organizando su experiencia y desde lo afectivo pueda ir expresando lo que le ocurre. Sin embargo, las intervenciones a desarrollar deben contemplar interacciones permanentes entre pares y adultos a cargo, estimulación de sus recursos y capacidades, rutinas acorde a ello, fomentar aprendizajes hacia adquisición de conductas que favorezcas la autonomía²⁵.

Las rutinas de funcionamiento diario deberán responder a las necesidades particulares de cada grupo, es así que deben existir horarios diferenciados para dormir (siesta y nocturna), asistir a actividades fuera del centro, entre otras.

Los preescolares deben recibir la atención individual, con frecuencia semanal, apoyando el proceso de reparación por el daño generado previo al ingreso al centro. Todos los niños/as deberán recibir apoyo directo para la adquisición de conductas de autoprotección y elaboración de las vivencias traumáticas. Especial atención requiere acciones tendientes a superar la condición de abandono de la cual han sido víctimas. Se sugiere incorporar como apoyo a las estrategias de intervención, técnicas como - cuentos terapéuticos, títeres, bandeja de arena, mapa emocional., greda o arcilla, mándalas.

De la misma forma se puede utilizar la intervención vincular como un método utilizado sobre todo en aquellos niños menores de 3 años, que aún no tienen la capacidad de comunicarse a través del lenguaje. La intervención en díada o tríada, como metodología, es coherente con la teoría sistemática desde la cual se sustenta el modelo CREAD. Las

²⁴ Ver Orientaciones Técnicas Generales y Documento Protocolización del Modelo Cread, Deprode, 2013.

²⁵ Se agradecen los aportes de profesional de la Dirección Regional Metropolitana, Sename. Junio, 2013.

intervenciones que se hagan con enfoque relacional impactarán al niño/a, a los adultos y por ende a la relación como tal²⁶.

5.7.1.1. Intervención individual con el lactante o preescolar con Capacidades Diferentes

El concepto Necesidades Educativas Especiales, NEE, hace referencia a aquellas necesidades educativas individuales que no pueden ser resueltas con los medios y los recursos que habitualmente se utilizan para responder a las diferencias individuales de los niños/as requiriéndose de ajustes, recursos o medidas pedagógicas especiales para su atención.

Las NEE que se pueden mencionar, corresponden a las que más comúnmente han sido atendidas en los niños/as que han ingresado a nuestro programa de protección, donde la mayoría de ellas está asociada a discapacidades de tipos congénitas o adquiridas.

Las NEE asociadas a discapacidad, se distinguen las relacionadas con:

- La sensorialidad (funciones de Audición y Visión).
- Las habilidades cognitivas (Déficit Intelectual).
- Las habilidades motrices (niños /as con daño neurológico y/o postrado).
- Las habilidades sociales (síndrome de asperger, autismo, etc.)²⁷

Frente a situaciones de niños/as con Necesidades Educativas Especiales (NEE)²⁸ es importante señalar que, a la luz de la experiencia, la complejidad (multidéficit) que trae consigo el sujeto de atención actualmente acogido (lactantes y preescolares) nos sitúa también en el ámbito del tratamiento de las necesidades educativas especiales, lo que nos remite inmediatamente a la interacción entre las dificultades que un niño/a experimenta para avanzar en su desarrollo y el ambiente facilitador (socioeducativo) que se le ofrece como programa, teniendo en consideración dos componentes claves para entender y promover el desarrollo infantil, desarrollo diferencias individuales (percepción, motriz, comunicación), desarrollo diferencias relacionales (estilo de interacción con el otro, límites, noción de peligro), atendido en el propio centro o bien a través de la oferta programática existente en la red local. En cualquiera de los casos requerirá liderazgo e intencionalidad desde el equipo del CREAD.

Es importante señalar que cada niño/a debe ser mirado como un ser único e irrepetible, con necesidades especiales, y desde un enfoque multidisciplinario, por lo que se deben diseñar y ejecutar planes de intervención individuales en diversas áreas: psicosocial, educativa, salud y nutricional, para asegurar una adecuada calidad de vida, mientras permanece en situación residencial en el centro.

En este sentido también los requerimientos nutricionales de los lactantes son siempre especiales y más aún cuando presentan alguna patología de base, igualmente, ocurre con

²⁶ Aportes del equipo profesional, Cread Arrullo, junio 2013.

²⁷ Aportes del Área de Supervisión, Deprode, Sename, Junio, 2013.

²⁸ Aporte Equipo Casa Nacional, Región Metropolitana, SENAME, 2009.

los niños/as en edad preescolar, precisamente, por la etapa que se encuentran viviendo, en donde se realicen evaluaciones continuas acerca del estado nutricional de los niños/as.

Finalmente, es deber nuestro proveer a los niños/as que presenten NEE de las mejores condiciones para crecer y desarrollarse lo más sana y normalizadamente, desde sus propias características y potencialidades.

5.7.1 Intervención Familiar²⁹

5.7.1.1. Intervención para la habilitación de roles parentales

Dicha intervención se realizará en consideración a que la evaluación ha detectado la existencia de recursos familiares protectores, susceptibles de ser potenciados y/o habilitados mediante una intervención de corto plazo.

Para su desarrollo, se elaborará un plan de intervención familiar adecuado a cada situación particular, cuyo objetivo es la habilitación de roles parentales, expresado en la adquisición de aprendizajes para el cuidado diario de los niños/as, la reactivación de los recursos protectores y funciones parentales, que permitan apoyar a las familias para el reintegro del niño/a a su casa y por lo tanto lograr que los adultos puedan asumir responsablemente el cuidado de éstos.

Este tipo de intervenciones requiere del trabajo complementario desde las diferentes áreas del centro, siendo fundamental la unidad de salud, por medio del apoyo que recibe el adulto desde la enfermera para adquirir habilidades asociadas al cuidado que requieren los lactantes y pre escolares. Se debe apoyar en el aprendizaje de la preparación de la leche, las comidas, el aseo diario, los baños, cambio de pañales, apoyo para lograr el aprendizaje de control de esfínteres, horarios para comer, dormir, jugar, vacunas.

En el área educativa, las intervenciones realizadas por los educadores y auxiliar de párvulos deben orientarse a entregar herramientas al adulto para favorecer la adquisición de aprendizajes acorde a la etapa de desarrollo del niño/a. Cómo aquellos procesos de estimulación del desarrollo, apoyo para la adquisición de la marcha, para la incorporación de aprendizajes orientados a la autonomía progresiva, del lenguaje, del juego, del manejo conductual, entre otros.

En el ámbito de la intervención psicológica, se deberá dar apoyo orientado a favorecer una relación nutricia, fomentar relaciones de apego seguro, apoyar al adulto para el logro de la confianza, el enfrentamiento de crisis y/o conflictos, espacios para contar con vida de pareja, familia, amigos, cómo establecer límites, intervención vincular y normas adecuadas, entre otros, así como aprender a empatizar con las necesidades de sus hijos, ser capaces de autorregularse emocionalmente y dar contención, de manera que puedan estar disponibles física y emocionalmente, contribuyendo a dar respuesta a sus necesidades afectivas y de estimulación.³⁰

²⁹ Estrategia de intervención desarrollada en las Orientaciones Técnicas Generales, Deprode, mayo, 2013.

³⁰ Aporte Cread Belén, Región De La Araucanía Sename, Junio, 2013

Desde los trabajadores sociales se esperan que apoyen en la habilitación del adulto para optar a los beneficios sociales que le correspondan, para establecer relaciones familiares en ausencia de violencia, potenciando estrategias de comunicación adecuadas, fortalecer la participación en la comunidad, la visualización de redes de apoyo, para la obtención de beneficios que puedan contribuir a mejorar sus posibilidades y condiciones de vida, fortalecer al grupo familiar para el desarrollo de actividades productivas como por ejemplo la compatibilización de las jornadas de trabajo con el cuidado de los niños/as, asistencia regular a consultorio, a los jardines infantiles, entre otros.³¹

Todas acciones que deben ser planificadas de modo que tengan una correlación con sentido, mediante la atención especializada en modalidad individual.

Se sugiere complementar este trabajo con la generación de Talleres Grupales sobre Competencias Parentales³², recomendándose que éstos formen parte del proceso final de cada familia.

5.7.1.2. Intervención para el despeje de situaciones de inhabilidad parental.

Deberá ser realizada en aquellos casos en que el niño/a cuenta con la existencia de algún familiar (familia directa, extensa) o adulto, no obstante éste aparezca con débil desarrollo de sus recursos parentales y con ambiguo interés o compromiso en la situación del niño/a. El objetivo fundamental de esta intervención es esclarecer oportunamente la proyección del niño/a con las figuras adultas existentes en su entorno, de modo de optimizar los tiempos de definición de su situación y evitar su permanencia innecesaria en un sistema residencial que pueda llegar en tiempo no oportuno a la misma conclusión.

Dentro de las posibilidades habituales de este tipo de intervención, se encuentran:

- ✓ La decisión de no sugerir el ingreso del niño/a a una Residencia de Protección, se basa en la posibilidad de continuar el trabajo iniciado con la familia –dado que ésta ha mostrado un claro compromiso.
- ✓ La decisión de sugerir el ingreso del niño/a a Familia de Acogida , ha sido formalizada en el proceso de diagnóstico realizado, siendo fundamental contar con la información que permita acreditar a dicha familia como apta para asumir el cuidado diario como alternativa al ingreso a sistema residencial; sin embargo deben existir diagnósticos certeros que permitan visualizar que la familia de origen y/o extensa podrá asumir, en el más corto tiempo posible el cuidado directo y regular de los niños/as.
- ✓ La decisión de sugerir el ingreso del niño/a a una Residencia de Protección, con fines de adopción, previa información de los resultados de la intervención a la Unidad de Adopción y al Tribunal correspondiente, de modo que a su egreso del

³¹ Aporte Cread Belén, Región De La Araucanía, Sename, Junio, 2013.

³² Documento con aspectos generales para la realización de los talleres de competencias parentales. Deprode, 2013.

CREAD sea hacia su nueva familia adoptiva.

Respecto a la intervención con niños en proceso de Adopción Nacional e Internacional³³

Para el proceso de intervención de los niños/as atendidos en el Centro y que egresan con familia adoptiva, el trabajo debe apuntar a agilizar los procedimientos y gestiones judiciales tendientes a la declaración de susceptibilidad de adopción y por otra parte el favorecer y facilitar el desarrollo de estrategias psicoterapéuticas que permita intervenir hacia el logro de acciones de reparación socio afectiva, acorde a la etapa del desarrollo del lactante o preescolar.

Dentro de las principales actividades a desarrollar por el equipo CREAD se encuentran:

- Reunión mensual con Unidad de Adopción con el fin de evaluar los niños que se encuentran en estado de abandono para iniciar proceso de adopción y revisar avances de aquellos que están en proceso de adopción tanto nacional como internacional.
- Envío de informe de profundización diagnóstica a tribunal de familia que solicita medida definitiva para la modificación de la causa de protección.
- Envío de Informe Social a la dirección regional de Sename (Unidad de Adopción) para el inicio de gestión previa para la adopción.
- Elaboración de Set actualizados de Informes de salud, educación, social, psicológico, partida de nacimiento y fotografía para los casos de adopción internacional y nacional según requerimiento.
- Elaboración de peritaje para inhabilitar a familia de origen.
- Concurrencia como Perito a audiencias de adopción, preparatoria y de juicio.
- Co intervención con la Unidad de adopción con el fin de atender los distintos requerimientos técnicos y judiciales que permita concretar la susceptibilidad y posterior enlace.

5.7.3. Intervención en Red y Gestión Intersectorial³⁴

En términos generales las acciones de cada proyecto en los procesos de intervención con los niños y niñas, no son suficientes por si mismas si no considera la vinculación con otros sectores que permiten complementar la gestión desarrollada, con el fin de lograr la entrega oportuna de servicios y prestaciones específicas acordes a las necesidades detectadas y que son plasmadas en el plan de intervención de cada lactante o preescolar.

De esta forma es muy importante desarrollar un trabajo en red con los actores que se encuentran en cada territorio ya sean estos, locales, comunales y/o regionales, instancias públicas o privadas en áreas como la salud, protección social general, discapacidad, primera infancia, municipio, red de voluntariado, organizaciones sociales y comunitarias, entre otras, en la medida que permiten fortalecer la oferta que va en directo beneficio de los niños y niñas.

³³ Aportes del equipo profesional, Cread Arrullo, Región del Bío – Bío, Sename, junio, 2013

³⁴ Aporte del Equipo Gestión de Redes, Deprode, junio, 2013.

Por otra parte, el trabajo en red posibilita la generación de estrategias de trabajo acorde a las políticas públicas establecidas, o definiciones programáticas desarrolladas por cada sector, respetando y reconociendo los flujos ya existentes en la prestación de servicios y accesos a diversas ofertas y subsidios. Todo ello permite desarrollar intervenciones integrales con lactantes y preescolares y sus familias, de acuerdo a los requerimientos específicos de cada caso.

Un aspecto relevante que debe ser abordado en conjunto con los distintos sectores a nivel local, es la generación de acuerdos estratégicos y/o fortalecer la red operativa para la superación de situaciones críticas que afecten a la población atendida, propiciando la creación de una red protectora social efectiva que garantice el acceso a los programas sociales y a las políticas públicas sectoriales, de manera oportuna y eficiente.

En este sentido, el proceso descrito de integración de la red implica para el proyecto o centro contar con un catastro de instituciones, junto con planes de difusión, conocimiento del quehacer de cada entidad y trabajar acuerdos y compromisos de atención, a través de protocolos y/o derivaciones acordadas en los casos que corresponda y de común acuerdo. Dichas acciones se presentan como una oportunidad de trabajo colaborativo, que permite que la responsabilidad de la atención de niños y niñas sea asumida por los diversos actores del territorio.

También desde el trabajo en red es posible fortalecer otra arista muy importante que dice relación con la visibilización de la población infantil sujeto de atención, y la sensibilización de los sectores respecto del reconocimiento de los/as niños y niñas como sujetos/as de derechos.

Todo lo anterior va a favorecer directamente el desarrollo de soportes comunales sustentables a mediano y largo plazo, que promuevan el desarrollo y protección de los usuarios/as del proyecto y permitan en su conjunto, contribuir al desarrollo de sistemas locales de protección de derechos.

En este ámbito es central la vinculación con sectores claves para el proceso de restitución de derechos, generando acuerdos y trabajo colaborativo entre equipo y sector. Se detallan a continuación los sectores más relevantes

- Salud: En este sentido resulta de vital importancia recalcar que cada lactante y preescolar que ingrese al proyecto o centro se debe inscribir en el consultorio que le corresponde, de manera de asegurar las prestaciones de salud en el sistema público de salud, de acuerdo a los requerimientos y necesidades de cada usuario. La puerta de entrada a la atención de salud pública es la atención primaria, a partir de los controles de salud periódicos, entre ellos el Control del Niño Sano. A partir de ellos es posible la derivación a la atención en diversas especialidades

médicas.

- Educación pre-escolar: coordinaciones con JUNJI e INTEGRA para gestionar la inscripción de niños y niñas en salas cuna y jardines infantiles dependientes de estos organismos, insertos en el territorio en el cual se encuentra el centro. El objetivo de las acciones es garantizar el acceso a educación preescolar, como parte del ejercicio de derechos y de la intervención integral de los Centros.
- Sistema de Protección Social General: Coordinación con las instancias municipales pertinentes para facilitar la aplicación de la Ficha de Protección Social y el acceso a sus prestaciones y subsidios, en particular, las vinculadas al Sistema Chile Crece Contigo y Chile Solidario.
- Sin perjuicio de lo anterior, es importante mencionar que para el caso de niños y niñas, cuyo padre, madre o adulto significativo, se encuentre cumpliendo condena en un recinto penitenciario, es necesario realizar las coordinaciones con el Programa Abriendo Caminos, para gestionar la incorporación de los niños y niñas y de sus familias.
- Otro ámbito relevante dice relación con, la articulación entre el Centro y las Unidades de Intervención Familiar del Programa Puente que operan en el municipio correspondiente, para facilitar la gestión de seguimiento de la Condición Mínima N° 7 de Chile Solidario, en la cual se establece “Que la familia que tiene interno un niño en algún sistema de protección, lo visite regularmente”.
- Para los niños, niñas o adolescentes que presentan algún tipo de discapacidad, se debe gestionar su inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad.
- SENADIS: otorga beneficios a través de ayudas técnicas para los niños y niñas de los Centros, que presenten discapacidad y que requieran del financiamiento total o parcial de ayudas técnicas para mejorar su funcionalidad y autonomía personal. Se consideran ayudas técnicas: “cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnología y software) fabricado especialmente o generalmente disponible en el mercado. El procedimiento se encuentra disponible en la página web www.senadis.cl en el link de tecnologías asistidas.
- La participación de representantes del Centro o proyecto en instancias intersectoriales locales, como Redes de Infancia, Redes Comunes Chile Crece Contigo, entre otros, es estratégica en tanto, se constituyen en actores relevantes para la construcción de un sistema local de protección de derechos de la infancia.
- FONASA: Los compromisos establecidos en convenio FONASA – SENAME, que se encuentran vigentes para los CREAD, implica que niños y niñas pueden ser asimilados al Tramo A de FONASA sólo en aquellos casos que carezcan de

protección de salud, según los criterios de carencia de recursos determinados en la reglamentación vigente. El traspaso al Tramo A implica contar con atención gratuita en aquellos recintos de salud pública que le corresponda de acuerdo al lugar de residencia.

- Organismos Judiciales: Relaciones con Fiscalías, Tribunales de Familia, Carabineros.
- Organizaciones No Gubernamentales: Organismos de la sociedad civil que estén presentes en los territorios y con los cuales eventualmente se pueda intercambiar antecedentes, documentos, coordinar acciones conjuntas, generar derivaciones asistidas, en los casos que se requiera.

5.7.4. Intervención desde el Área de Salud

5.7.4.1. Definiciones Generales para el Funcionamiento de Unidad de Salud

5.7.4.1.1 Definición de Unidad de Salud

La Unidad de Salud se define como un dispositivo sanitario ubicado al interior de los centros CREAD que tiene por finalidad el responder como primera línea de intervención ante necesidades de salud emergentes mediante acciones tendientes al diagnóstico, pesquisa, prevención y tratamiento. Este dispositivo actúa como intermediario entre el niño/a y la red de salud primaria, secundaria o terciaria con el objeto de recibir prestaciones de salud pertinentes y oportunas, posterior a las intervenciones ejecutadas por personal de la Unidad de Salud al interior del centro.

El propósito de la Unidad de Salud es procurar las condiciones que posibiliten una atención integral en materia de salud que contribuya a minimizar y/o hacer frente a los efectos derivados de la condición de internación, así como por los factores de riesgo presentes previos al ingreso del niño/a al CREAD.

5.7.4.1.2 Unidad de Salud y Autorización Sanitaria

Debido a las características de funcionamiento de la Unidad de Salud, así como para optimizar las relaciones con la red de salud, se aspira a la necesidad de obtener la Autorización Sanitaria del recinto como Sala de Procedimientos así como de Botiquín. Ambas autorizaciones son otorgadas por la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) presente en cada región del país.

Para esto deben establecerse coordinaciones con las unidades pertinentes al interior del CREAD (Equipo Directivo, Unidad de Administración), con el objeto de establecer un plan de trabajo para superar brechas de los requerimientos solicitados por autoridad de salud. Cuando se subsanen las brechas y la Unidad esté en condiciones de acreditarse, deberán establecerse los contactos con las SEREMI regionales para iniciar la tramitación de dichas autorizaciones.

Se entiende como Sala de Procedimientos a “locales o recintos de establecimientos públicos o privados de salud destinados a efectuar procedimientos de salud, de diagnóstico o terapéuticos, en pacientes ambulatorios, y que no requieren de hospitalización”³⁵

Se entiende como Botiquín al “recinto donde se mantienen productos farmacéuticos para el uso interno de clínicas y otros establecimientos autorizados sanitariamente”³⁶.

Para la Autorización Sanitaria, en cuanto a recurso humano, es necesario disponer de un profesional a cargo de las Unidades así como personal técnico en turnos rotativos para cubrir atención 24 horas al día.

5.7.4.1.3 Funciones del equipo sanitario de la Unidad de Salud

Profesional Médico

Profesional responsable de mantener y recuperar la salud mediante el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad y/o lesión del niño/a.

Funciones de Gestión	Funciones de Ejecución	Funciones de Coordinación
Responsable de la atención de los usuarios y la coordinación con el equipo de Salud	Realiza examen físico de ingreso. Diagnóstico de morbilidad general. Tratamiento médico. Derivación a especialistas según diagnóstico o sospecha diagnóstica. Orientación telefónica al equipo. Registrar en ficha de salud atención realizada. Colaboración en la elaboración de protocolos para el abordaje de situaciones críticas y emergencias de salud.	Solicitud de apoyo para diagnóstico por salud mental y consumo de tóxicos. Participación en reuniones de casa (o de caso) según demanda. Participación en reuniones de la red de salud. Entrega y recibe información al equipo y/o director del centro.

³⁵ Decreto Supremo N° 283 de 1997, MINSAL, Reglamento de Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor y sus modificaciones

³⁶ Decreto Supremo N° 466 de 1984 del MINSAL, Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos.

Profesional Enfermero/a

Profesional responsable de la gestión del cuidado en la unidad de salud del centro entendiéndose como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución.

Funciones de Gestión	Funciones de Ejecución	Funciones de Coordinación
<ul style="list-style-type: none"> • Administrar recursos humanos y físicos que están a su cargo. • Recepcionar los turnos de enfermería del personal de la unidad. • Coordinación de acciones médicas tales como el manejo de la agenda y priorización de demandas. • Administración de stock insumos clínicos y material de escritorio. • Supervisar uso adecuado de espacio físico e insumos. • Participar en reuniones técnico-administrativa con Equipo Directivo, Equipo de Casa u otros actores relevantes. • Creación de protocolos de procedimientos realizados por la Unidad de Salud. • Administrar ficha de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar Plan de Atención de Enfermería (PAE) por niño/a en coordinación con otros equipos del centro. • Aplicar instrumentos de evaluación según grupo etario. • Ingresar información a SENAINFO. • Programar actividades de prevención y salud grupales e individuales según PAE. • Pesquisar e informar sobre desviaciones de la salud durante el curso del tratamiento en los usuarios (patologías crónicas, reacciones adversas de fármacos, descompensaciones). • Delega actividades a personal de enfermería capacitado. • Evaluar en forma constante los cuidados de enfermería insertos en el PAE y sus resultados. • Supervisión de los cuidados delegados a personal técnico. • Control de parámetros de salud física (atención clínica individual, medición antropométrica, control signos vitales, exámenes físicos segmentarios). • Ejecutar acciones derivadas de la labor médica (toma de exámenes, administración de medicamentos). • Supervisar la administración de medicamentos. • Colaboración en reuniones técnicas de análisis de casos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intercambio de información relevante y pertinente con equipo Directivo y ETD. • Gestionar convenios con red de salud local u otras instancias que pudieran insumar las labores de la Unidad de Salud. • Coordinación permanente con equipos de casa/ETD para entregar indicaciones médicas o de enfermería y recibir información del estado de salud de los niño/a. • Participar en actividades comunitarias intersectoriales con APS.

	<ul style="list-style-type: none">• Programar actividades de prevención y salud grupales con énfasis en el mejoramiento de estado de salud nutricional de niño/a.• Aviso a SEREMI de Salud local la presencia de Enfermedades de Notificación obligatoria mediante formulario ENO previa confirmación o sospecha diagnóstica.	
--	--	--

Técnico Paramédico o de Enfermería

Técnico responsable de la ejecución de actividades delegadas por parte del Profesional de Enfermería de la Unidad de Salud.

Funciones de Gestión	Funciones de Ejecución	Funciones de Coordinación
	<ul style="list-style-type: none">• Atención directa al niño/a según delegación por parte del Encargado/a de la Unidad.• Asistencia en primeros auxilios.• Comunicación al equipo directivo del centro, ETD y equipo de casa ante morbilidad grave y epidemiológica, en ausencia de enfermera/o.• Realizar acciones clínicas delegadas.• Mantener registros estadísticos de la unidad y en SENAINFO según delegación por parte del encargado/a de la Unidad.• Preparar a niños/as para exámenes físicos.• Acompañar a niños/as a atenciones de salud fuera del centro.• Apoyar en actividades propias de la unidad, según indicación del Encargado/a de la Unidad.• Mantener condiciones de higiene en las dependencias de la Unidad.	<p>Traspaso de información a profesionales de la unidad de Salud.</p>

5.7.4.1.4 Infraestructura y equipamiento

La Unidad de Salud debe contar con un espacio físico que permita ejecutar actividades asociados a sus funciones, de acuerdo a lo solicitado por la Autoridad Sanitaria. En este espacio debe considerarse la disponibilidad de los insumos y/o equipamiento para asegurar calidad de las prestaciones otorgadas por personal de salud.

Equipamiento mínimo – Unidad de salud

Dispensador de jabón
Dispensador de toalla desechable
Lavamanos
Basurero
Camilla con barandas
Papel desechable para camilla
Escabel
Estadiómetro con tope móvil
Balanza pediátrica
Balanza de pie
Cinta métrica flexible
Termómetro digital
Batería para evaluación EEDP
Batería para evaluación TEPSI
Material Antisepsia (Alcohol 70º, algodón, gasa, otros)
Material educativo
Estetoscopio pediátrico
Linterna
Esfigmomanómetro con manguitos según edades
Tabla de Snellen (Ortotipo U)
Otoscopio
Negatoscopio
Curvas de Crecimiento MINSAL

5.7.4.1.5. Acceso a red de salud

- **Control de Salud Infantil**

Consiste en actividades dirigidas a la población infantil menor de 6 años, con el objeto de hacer seguimiento al crecimiento y desarrollo, así como pesquisar precozmente alteraciones biopsicosocial. Estas actividades son ejecutadas por distintos profesionales, de acuerdo a los lineamientos de MINSAL y programación de cada centro de salud.

Prestación	Edad	Actividades Comunes	Actividades específicas
Control de Salud	1 mes	Antropometría Examen físico Diagnóstico Nutricional Perímetro Craneano (hasta 2 años)	Protocolo Neurosensorial, Score SBO
	2 meses		Score SBO, Vacuna
	3 meses		Score SBO, Indicación Radiografía de Caderas
	4 meses		Score SBO, Evaluación de radiografía de Caderas, Escala de Observación del apego durante el estrés (Massie Campbell), Pauta Breve DSM, Vacuna
	6 meses		Score SBO, Vacuna
	8 meses		Evaluación DSM EEDP
	12 meses		Pauta Breve DSM, Escala de Observación del apego durante el estrés (Massie Campbell), Pauta Breve DSM, Vacuna
	18 meses		Evaluación del DSM EEDP, Pauta de evaluación Buco dentaria, Vacuna
	2 años		Pauta Breve DSM
	3 años		Evaluación del DSM TEPSI
	4 años		
	5 años		
	6 años		Vacuna (1º básico o 6 años)
Control de Salud Bucal	2 años	Anamnesis	
	4 años	Completa y	
	6 años (GES)	Examen de Salud Bucal	
Control Nutricional	5 meses	Diagnóstico Nutricional	Indicación de alimentos sólidos Lavado de dientes
	3 años 6 meses	Diagnóstico Nutricional	Revisión hábitos nutricionales Lavado de dientes

- **Programa Nacional de Alimentación Complementaria**

El Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), es un beneficio gratuito para todos(as) los niños(as) del país, independiente de su situación previsional. Su objetivo es mantener un estado nutricional óptimo del niño (a) y asegurar un desarrollo armónico del lactante y el preescolar.

<p>Leche Purita fortificada</p> <p>Para niños y niñas de 0 a 23 meses</p>	<p>Leche entera en polvo fortificada con hierro (10 mgs./100g.), cobre (0.4mgs./100g.), zinc (5,0 mgs./100g.) y ácido ascórbico (70 mgs./100g.)</p>
<p>Purita Cereal</p> <p>Para niños y niñas de 2 años a 71 meses</p>	<p>Alimento en polvo, instantáneo para preparar una fórmula infantil con base en leche semidescremada y cereales hidrolizados, alta en calcio y fortificada con hierro, cobre, zinc, ácido ascórbico, vitaminas A, E y complejo B.</p>
<p>Mi Sopita</p> <p>Refuerzo niños y niñas de 6 meses en adelante con riesgo de desnutrir.</p>	<p>Producto en polvo para preparar una sopa crema infantil en base a leguminosas y cereales en cuatro variedades: ave, vacuno, legumbres y verduras. Su densidad calórica es de 400Kcal/100g y preparado de 1Kcal/cc, contenido proteico de 12% fibra 4g/100g, fortificado con Vitamina A, D, E, C y complejo B, calcio, hierro, magnesio, zinc.</p>
<p>Fórmulas Infantiles Especiales Leche de inicio y continuación</p> <p>Niñas o niñas prematuros (menor de 32 semanas de gestación) y/o con un peso al nacer menor a 1.500 g.</p>	<p>Corresponde a fórmulas de inicio para lactantes prematuros, adicionadas con Acido Docosahexaenoico preformado (DHA)</p>
<p>Sustitutos Lácteos Niños y niñas con enfermedades metabólicas.</p>	<p>Orientado a promover y mantener el óptimo crecimiento y desarrollo de los niño/as con enfermedades metabólicas, a través de la entrega de un sustituto lácteo libre de los aminoácidos comprometidos en cada patología.</p>

- **Programa nacional de Inmunizaciones (PNI)**

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para el control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas. Chile es un país suscrito al cumplimiento de las metas internacionales del PAI, a través del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).

Los Objetivos del Programa Nacional de Inmunizaciones corresponden a:

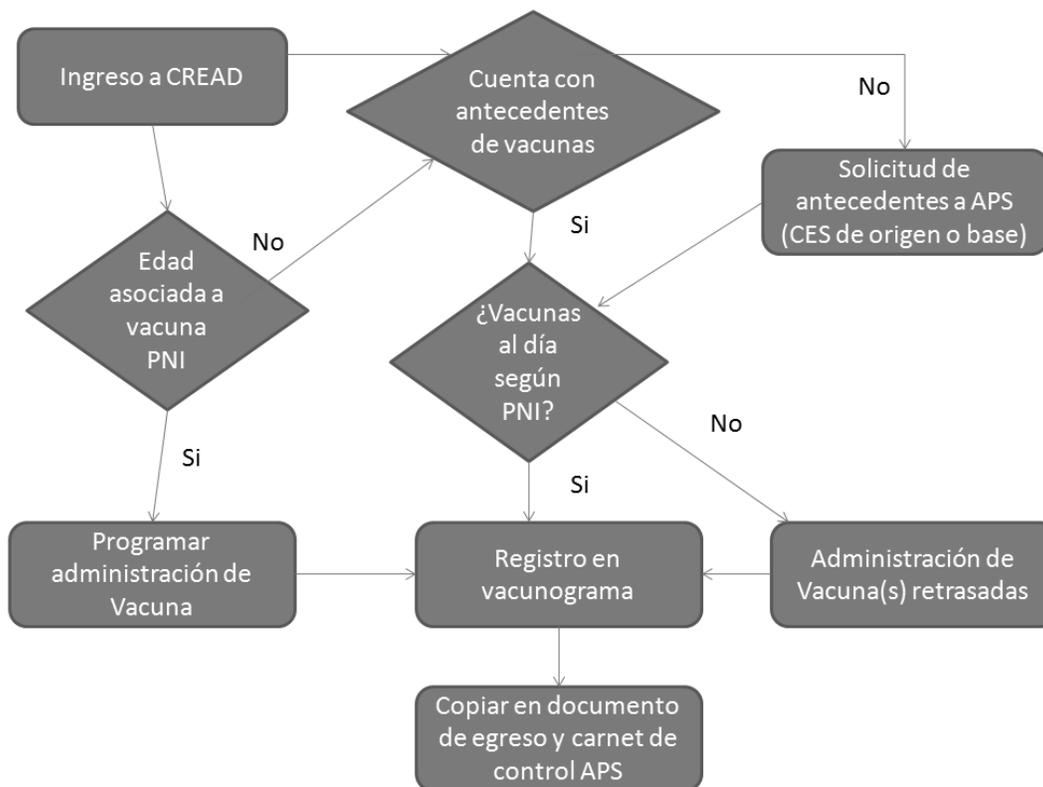
- Disminuir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas que estén contenidas en el programa del Ministerio de Salud.
- Erradicar la Poliomielitis y el Sarampión.
- Mantener niveles de protección adecuados mediante programas de vacunación de refuerzo a edades mayores.

El actual calendario de vacunación, actualizado el año 2013, incorpora el acceso a las siguientes vacunas.

EDAD	VACUNA	PROTEGE CONTRA
Recién Nacido	BCG	Tuberculosis
2, 4 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva H. Influenza B
	Polio oral	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada	Enfermedades por Neumococo
6 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva H. Influenza B
	Polio oral	Poliomielitis
12 meses	Tres vírica	Sarampión, Rubéola, Paperas
	Neumocócica conjugada	Enfermedades por Neumococo
18 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva H. Influenza B
	Polio oral	Poliomielitis
1° Básico	Tres vírica	Sarampión, Rubéola, Paperas
	dT _p (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva
8° Básico	dT _p (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva
Adultos de 65 años	Neumocócica Polivalente	Enfermedades por Neumococo

Respecto a la coordinación interna con la red, cada centro debe establecer tiempos de coordinación con APS y familia con el objeto de garantizar el acceso oportuno a las vacunas del PNI. Se adjunta flujograma tipo, que debe ser trabajado por cada CREAD de acuerdo a realidad local. En la ficha clínica debe existir registro de vacunas (vacunograma)

que explicita las coordinaciones internas y externas que se realicen para acceder a esta prestación.



- **Programa Chile Crece Contigo (ChCC)**

Chile Crece Contigo es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familia menores de 4 años, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor.

Las prestaciones que contempla Chile Crece Contigo en atención primaria son las siguientes:

- **Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial**

Es el programa eje o programa de acceso al subsistema Chile Crece Contigo, desarrollado por la red asistencial de salud pública, dirigido a todos los niños y niñas que se atienden en el sistema público de salud. Se ejecuta desde el Ministerio de Salud a través de sus 29 Servicios de Salud y constituye la puerta de entrada a Chile Crece Contigo. Consiste en una oferta de apoyo intensivo al control, vigilancia y promoción de la salud de niños y niñas de primera infancia, desde la gestación hasta que cumplen 4 años de edad.

Las acciones que este programa realiza, complementan aquellas regulares del programa de control de salud de la gestación y del control del niño y la niña. Entre

las acciones del ChCC que complementan los controles de salud, se encuentra la aplicación de pautas de evaluación de desarrollo o pesquisa de alteraciones, así como la entrega de material educativo.

Control de Salud Infantil	Prestación ChCC	Material educativo
Ingreso a Centro de salud		Set Acompañándote a Descubrir I
1 mes	Aplicación del protocolo neurosensorial	
2 y 6 meses	Evaluación de la presencia de sintomatología ansioso depresiva	
4 y 12 meses	Evaluación de la relación vincular	
12 meses		Set Acompañándote a Descubrir II
4, 12, 15, 21, 24 meses	Pauta Breve de Desarrollo Psicomotor	
8 y 18 meses	EEDP	
3 años	TEPSI	
Según evaluación del profesional y disponibilidad		CD de juegos musicales CD de estimulación del lenguaje
Familias niños/as menores de 4 años	Taller Nadie es Perfecto	Cinco libros en las siguientes temáticas: desarrollo físico, desarrollo mental, seguridad y prevención de accidentes, comportamiento, padres, madres y cuidadores.

- **Programa de apoyo al recién nacido**

Todos los niño/as que provienen desde maternidad de servicio público, deben ingresar con materiales incorporados en el “Programa de Apoyo al Recién Nacido”. Estos materiales corresponden a tres packs con el siguiente contenido:

01 Cuna corral desarmable
01 Colchón
01 Frazada para cuna
01 Juego de sábanas
01 Colcha tipo plumón
01 Cojín de lactancia (mas manual de uso)
01 Porta bebé tipo Mei-Tai (mas manual de uso)
01 Tres pañales de algodón
01 Toalla de baño
01 Bolso de transporte para artículos del NN
01 Vestuario talla 3 a 6 meses (1 pilucho body, 1 panty pantalón, 1 camiseta manga larga, 1 entero tipo osito, 1 gorro, 1 par de calcetines)
01 Jabón hipoalérgico
01 Mudador plástico
01 crema para coceduras
01 aceite para masajes
01 alfombra armable de goma eva

El CREAD debe establecer los lineamientos para la administración de este material mientras el niño/a se mantenga en el centro y la entrega al momento del egreso.

- **Sistema de Garantías Explícitas en Salud**

Existe una serie de patologías incorporadas en el **Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES)**, a las cuales pueden adherirse los/as niño/a en caso de que presente algún entre las 80 patologías GES. Se adjunta listado de patologías y las prestaciones diagnósticas y/o terapéuticas asociadas³⁷. Las guías clínicas se encuentran en sitio web del Ministerio de Salud y deben apoyar las intervenciones realizadas por la Unidad de salud respecto a las pesquisa oportuna, prevención y relaciones con los Centros de Salud locales (APS, Servicios de Urgencia, Hospital Base).

Atención de Urgencia	
Garantía Explícita	Prestación
Urgencias odontológicas ambulatorias (UOA)	Tratamiento
Politraumatizado grave	Tratamiento
Atención de urgencia de traumatismo craneoencefálico (TEC) moderado o grave	Diagnóstico, Tratamiento
Trauma ocular grave	Diagnóstico, Tratamiento, Seguimiento
Gran quemado	Tratamiento, Seguimiento
Primera y segunda infancia	
Estrabismo en menores de 9 años	Diagnóstico y Tratamiento
Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años	Tratamiento y Seguimiento
Disrafias espinales	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Fisura labiopalatina	Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación
IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años	Tratamiento
Epilepsia en el niño (desde 1 a 15 años)	Tratamiento
Salud oral integral para niños y niñas de 6 años	Tratamiento
Displasia de caderas	Diagnóstico y Tratamiento
Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años	Diagnóstico y Tratamiento
Fibrosis Quística	Etapificación y Tratamiento
Prematurez	
Retinopatía del prematuro	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento

³⁷ Ministerio de Salud, 2013.

Displasia broncopulmonar del prematuro	Tratamiento y Seguimiento
Cánceres	
Garantía Explícita	Prestación
Linfoma (en personas de 15 años y mas)	Confirmación diagnóstica, etapificación, tratamiento y seguimiento
Linfoma y tumores sólidos (menores de 15 años)	Confirmación diagnóstica, etapificación, tratamiento y seguimiento
Leucemia (menores de 15 años)	Confirmación diagnóstica, etapificación, tratamiento y seguimiento
Leucemia (en personas de 15 años y mas)	Diagnóstico, tratamiento y seguimiento
Osteosarcoma (en personas de 15 años y mas)	Confirmación diagnóstica, etapificación, tratamiento y seguimiento
Tumores primarios del sistema nervioso central (en personas de 15 años y más)	Diagnóstico y tratamiento
Infecciones de Transmisión Sexual	
Garantía Explícita	Prestación
Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Virus Hepatitis C	Diagnóstico y Tratamiento

En caso de no cumplirse una garantía de oportunidad, incorporada en algunas patologías GES, se puede acceder a Bono AUGE a través de sucursales de FONASA previa confirmación de incumplimiento de la garantía.

Se debe llevar seguimiento especial a niño/a que presenten patología inserta en el GES, mediante instrumento ad-hoc diseñado por el centro, procurando el cumplimiento de las garantías de esta política.

- **Examen de Medicina Preventiva**

Los niño/a son beneficiarios del Examen de Medicina preventiva (EMP)³⁸ que incluye la realización de exámenes de laboratorio, evaluación física y/o la aplicación de cuestionarios, basados en criterio de edad, sexo y presencia de factores de riesgo.

Edad	Problema de Salud	Examen
Recién Nacido	Fenilquetonuria	Fenilalanina
	Hipotiroidismo congénito	TSH
	Displasia de Caderas	Maniobra Ortolani-Barlow
3 meses	Displasia de Caderas	Radiografía de Caderas
A partir de los 3 años	Ambliopía, estrabismo y defectos en la agudeza visual	Medición de Agudeza Visual
A partir de los 3 años		Alineación ocular
Recién Nacido		Examen de Rojo pupilar
Entre los 6 y 12 meses		Examen de la fijación y el alineamiento motor
2 y 5 años	Malos hábitos bucales	Encuesta hábitos bucales

5.7.4.1.6. Lineamientos a cumplir por las unidades de salud de los centros CREAD

- **Elaboración de Protocolos y Normativas técnicas para el funcionamiento de la Unidad de Salud.**

A fin de contar con documentos que formalicen procesos claves en la instalación de estos dispositivos de salud al interior de los CREAD, se requiere la aplicación de protocolos que respondan a los procesos en el área al interior de los centros.

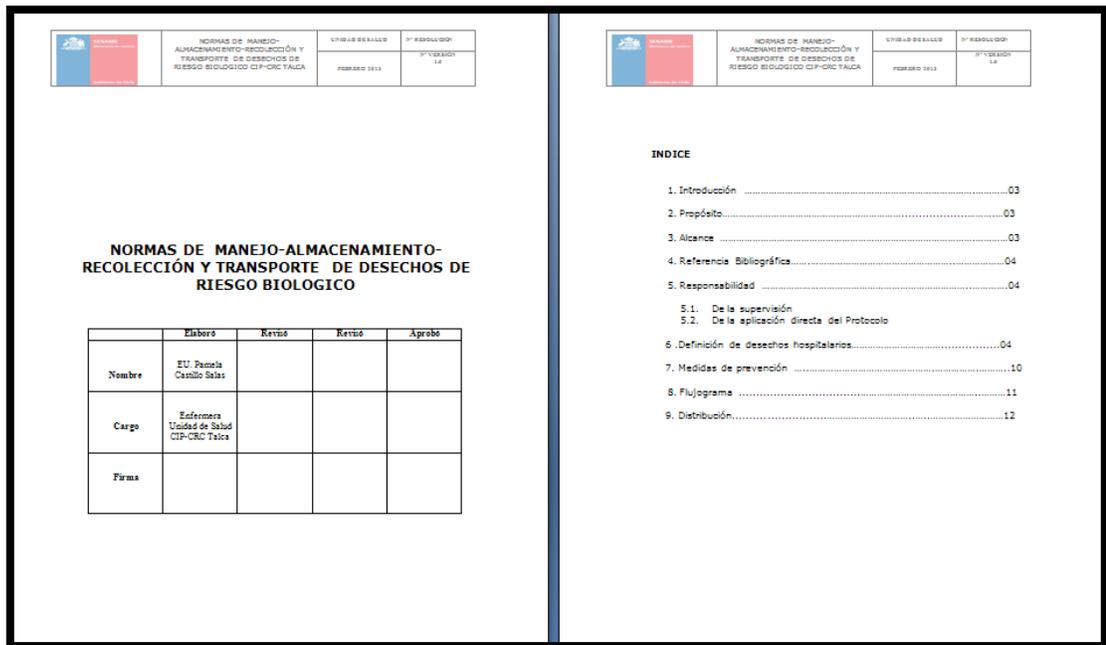
Los protocolos deben responder a las necesidades del centro así como cumplir con aquellos necesarios para obtener las autorizaciones sanitarias.

Todos los protocolos deben seguir la siguiente estructura en su presentación:

- Rotulo: Logo institucional, nombre de norma, detalle de unidad a la que pertenece, fecha de confección, n° de versión.
- Portada: Título de nombre con mayúsculas. Nombre, cargo y firma de quién elaboró, revisó y aprobó la norma (tabla).
- Índice.
- Introducción.
- Propósito de la norma.
- Objetivos.
- Alcance.
- Referencia Bibliográfica.
- Responsabilidad de la supervisión y de la aplicación directa del Protocolo.
- Definición de conceptos.
- Desarrollo del contenido de la norma.

³⁸ Guía Clínica Examen de Medicina Preventiva, Ministerio de Salud, 2009

- Flujograma
- Sistema de registro
- Sistema de evaluación/monitoreo
- Distribución de la norma



- **Ficha de Salud³⁹**

Cada niño/a debe disponer de una ficha de salud, la cual debe administrarse por el encargado de la Unidad de Salud en mobiliario ad-hoc. La ficha debe tener carátula y su almacenamiento debe ser en orden secuencial por número de ficha o nombre del niño/a.

La ficha de salud para CREAD debe estar constituida por los siguientes registros:

- **Portada**

Identificación del/la joven: Nombre completo, número de cédula de identidad, sexo, fecha de nacimiento y número de ficha.

Identificación de ficha: número de ficha, fecha de creación, logo institucional y nombre de centro.

- Copia de certificado de nacimiento (Registro Civil)
- Registro de beneficiario de FONASA A
- Ingreso de Enfermería
- Ingreso médico
- Acta de constatación de lesiones al ingreso (SAPU o Servicio de Urgencias) al ingreso

³⁹ Según Decreto 41, Reglamento Sobre Fichas Clínicas. Ministerio de Salud.

- Evolución médica (general y especialistas) y/u otros profesionales (nutricionista, kinesiólogo etc.)⁴⁰
- Registro de atenciones de enfermería
- Carnet de control de salud infantil (al iniciar prestaciones en red de salud primaria)
- Vacunograma
- Ficha Nutricional
- Curva antropométrica
- Epicrisis de atenciones realizadas en Servicio de Urgencia u hospitalizaciones.
- Resultados de exámenes

Cada vez que se realice una prestación de salud al interior o exterior del centro, debe registrarse en la ficha, o en su defecto solicitar copia del original al finalizar atención. Las atenciones deben consignar fechas de atención, profesional que la prestó, evaluación diagnóstica y los medicamentos prescritos con sus dosis y plazos de administración.

Las fichas deben almacenarse en mobiliario con llave en recinto de la Unidad de Salud que garantice el acceso expedito, oportuno, con condiciones físicas que aseguren su conservación y resguardo de la confidencialidad. Esta llave debe mantenerse en poder de encargado/a de la Unidad de Salud, y una copia de ésta en Dirección.

Esta ficha solo será utilizada por personal de salud y en caso de que se requiera información de esta por parte del equipo psicosocial u otras entidades del centro, se entregará mediante un informe de salud confeccionado por encargado/a de la Unidad. Respecto a la administración de fichas deben establecerse libro foliado con:

- Registro con fecha y persona que ha accedido a la ficha (personal de unidad de salud).
- Registro de constancia de entradas y salidas de fichas cuando son trasladadas fuera del recinto de la Unidad de Salud (fecha, persona responsable y número de ficha).

- **Registros en Senainfo**

La unidad de salud realiza prestaciones de diversa complejidad y periodicidad dirigida a jóvenes de los centros. La ficha de salud debe integrar la totalidad de estas actividades, individuales o grupales, sin embargo, a la fecha, deben registrarse en Senainfo:

- *Evaluaciones antropométricas* (Evaluación realizada – Evaluación no realizada)
- *Discapacidad*: Fecha de diagnóstico, tipo de discapacidad (Deficiencia intelectual, Deficiencia Auditiva, Deficiencia Visual, Otras, No presenta discapacidad,

⁴⁰ Adjunto Anexo del documento. Registro adaptado del utilizado en CIP-CRC Coronel.

Deficiencia Física, Deficiencia Psiquiátrica y Deficiencia Múltiple), nivel de discapacidad (Leve, Moderada, Severa y Sin información)

- **Datos de Salud:** Fecha de diagnóstico, hecho de salud, atención y lugar.

Conducta depresiva

Accidente (de relevancia)

Convulsiones

Ataque de pánico

Intento de suicidio

Brote psicótico

Trastorno importante del ánimo

Síndrome de deprivación (alcohol, drogas)

Crisis agresiva

Embarazo

Traumatismo grave

Cólicos y espasmos agudos o crónicos

Cuadro infecto contagioso

Cuadro alérgico agudo

Enfermedad grave

Emergencia dental

- **Enfermedades crónicas: fecha de diagnóstico y enfermedad.**

Síndrome de Down

Asma bronquial

Fibrosis quística

Malformaciones congénitas

Otras genopatías

Cardiopatías

Fisura palatina

Síndrome bronquial obstructivo

Hipertensión

Diabetes

Patologías renales

VIH

Otras

Epilepsia

Autismo

Enfermedades metabólicas

Parálisis cerebral

Esquizofrenia

Otras enfermedades mentales

Enfermedades hepáticas
Enfermedades óseas
Enfermedades neurológicas
Otras inmunodeficiencias
Sin información

Todas las enfermeras/os de las Unidades de Salud o Encargado de Unidad de Salud deben contar con clave para ingresar información a Senainfo, así como estar ingresadas/os como ejecutor de éstas actividades. Las enfermeras/os pueden delegar esta acción a otros funcionarios de la Unidad, de acuerdo a las necesidades del centro.

Se revisará la información que la Unidad de Salud está ingresando a Senainfo con el objeto del mejoramiento continuo de la toma de decisiones al interior de la Unidad así como el cumplimiento de los objetivos de ésta. Se dará aviso mediante esta misma vía, ante cualquier modificación implementada en el sistema.

- **Manejo de medicamentos psicotrópicos y estupefacientes**

Dentro de los procesos críticos que se encuentra bajo responsabilidad de la Unidad de Salud se encuentra el manejo de medicamentos psicotrópicos y estupefacientes prescritos para el tratamiento de problemas de salud mental de niño/a que permanecen en centros CREAD. Debido a las características y funciones desarrolladas al interior de nuestros centros, y para alinearlos con las instrucciones entregadas por las Autoridades de Salud del país, la unidad debe cumplir los reglamentos vigentes respecto al manejo de este tipo de fármacos.

Cada unidad debe disponer de un protocolo que especifique los procesos de adquisición, almacenamiento, preparación y administración de medicamentos. Este documento debe considerar el marco legal en el área, detallada a continuación, así como los conocimientos propios de la disciplina médica y de enfermería.

- Decreto Fuerza Ley N° 725 de 1967, Código Sanitario
- Decreto Supremo N° 466 de 1984 del MINSAL, Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos.
- Decreto Supremo N° 404 de 1983 del MINSAL, Reglamento de Estupefacientes
- Decreto Supremo N° 405 de 1983 del MINSAL, Reglamento de Psicotrópicos
- Decreto Supremo N° 594 de 1999 del MINSAL, Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo.
- Decreto Supremo N° 148/2003 del MINSAL, Reglamento Sanitario sobre manejo de Residuos Peligrosos.
- Guía para la Autorización y fiscalización de establecimientos Farmacéuticos por los Servicios de Salud, MINSAL, 1998

Para garantizar la seguridad durante el manejo de medicamentos, el documento debe detallar, al menos;

- Flujo de ingreso de medicamentos (origen de prescripción médica)
- Control de ingreso y salida de medicamentos por medio de registros (Libro control de existencia) y responsables de cada etapa de éste.
- Cumplimiento de los “seis correctos” para la administración de medicamentos
- Procedimiento de auditoría interno, en el que participe Encargado de Unidad de Salud así como representante de Equipo Directivo
- Manejo de emergencias asociado a consumo de medicamentos (efectos adversos)
- Listado de todos los medicamentos que se manejan en la Unidad.
- Registro de rechazo de medicamento por parte del niño/a
- Condiciones de seguridad en el almacenamiento de medicamentos.

Estas indicaciones son complementarias y no dependen del inicio de trámites de Autorización Sanitaria, respondiendo a la necesidad urgente de regular la administración de medicamentos al interior de los centros.

Cada dos meses el Centro, a través del Director del CREAD, debe remitir al Coordinador del Área Salud de la Dirección Nacional de SENAME reporte de niño/a que se encuentren con tratamiento farmacológico psicotrópico. Este reporte debe incorporar nombre del niño/a, diagnóstico de Salud Mental y/o Psiquiátrico, fármaco(s) prescrito(s) y quien prescribió (Psiquiatra SENAME u Hospital, Neurólogo, Médico SENAME, Centro de Salud APS u Hospital, otros)⁴¹.

- **Presentación del personal de Unidad de Salud**

El personal de salud debe utilizar vestuario acorde a sus funciones al interior del centro, con el objeto de ser reconocido en sus funciones tanto con actores internos como en la red de salud. El uniforme debe incorporar nombre completo, cargo, institución (SENAME) en un lugar visible.

- Enfermera: Uniforme azul
- Técnico Paramédico: Uniforme celeste
- Médico: Delantal Blanco

Dirección del centro debe velar por la presentación del personal de la unidad, asegurando la mantención de normas de asepsia/antisepsia así como velar por la seguridad del mismo personal. Para esto se debe diseñar instructivo interno que incorpore acciones tanto de la presentación personal (como el uso de uñas cortas, aros cortos, prohibición de uso de pintura de uñas) y uso de uniforme respectivo mientras se encuentre ejecución de funciones al interior o fuera del centro.

⁴¹ Se adjunta formato del reporte en Anexo, al final del documento.

- **Plan de Promoción de la Salud**

Dentro de las funciones de la Unidad de Saludes se encuentra la ejecución de actividades de prevención y promoción de la salud dirigidos a niño/a, adultos responsables y personal del CREAD, mediante la utilización de metodología participativa y coordinación con red de salud local. Estas actividades deben concentrarse en un Plan Anual de Promoción de Salud, creado durante los meses de noviembre y diciembre para ser aplicado a partir del mes de enero del año siguiente.

Para este plan, denominado “Plan Anual de Promoción de la Salud” será requisito el recoger el interés de niño/a, adultos responsables y/o personal del CREAD, así como considerar el perfil epidemiológico del sujeto de atención.

Estas actividades deben quedar consignadas en ficha de salud del niño/a y en otros registros de actividades grupales de formación que disponga el centro.

- **Buenas prácticas basadas en la evidencia en salud**

Con el objeto de disponer de mayor oferta de prestaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida del niño/a al interior de los centros, los equipos profesionales deben hacer esfuerzos para disponer de actividades complementarias a la práctica tradicional de la medicina. Ya existen experiencias respecto a la inclusión de medicina alternativa en los cuidados del niño/a con buenos resultados, y por lo tanto se releva la oportunidad de ampliar la oferta con el objeto de obtener impactos positivos en el cuidado entregado al sujeto de atención a través de éstas prácticas.

5.7.5. Procedimientos para el trabajo en red interna del centro y con actores de la red local de las Unidades de Salud

- **Procedimientos para el trabajo coordinado entre Unidades de Salud y actores del centro:**

1. Se espera que la Unidad de Salud pueda mantener comunicación fluida al interior del equipo en relación con los casos, así como otros temas relacionados con la gestión y la mantención del dispositivo, respetando para ello las funciones que a cada miembro corresponden.
2. Posterior al ingreso se espera que el responsable de ésta recabe toda la información psicosocial del niño/a disponible, con el objeto de conocer el contexto biopsicosocial éste/a. Idealmente debe entrevistarse con figura significativa para recabar antecedentes relevantes de salud.
3. Como parte de la dotación del CREAD, el equipo deberá intercambiar información tanto con la Dirección como con la Jefatura Técnica del centro, toda vez que sea requerido. La comunicación deberá realizarse en términos claros y por las vías que permitan la comprensión de ambas partes.

4. Los miembros de la Unidad de Salud pueden ser convocados a reuniones técnicas o de análisis de caso, según la necesidad de los equipos. Siempre se favorecerá la presencia de profesional responsable de la Unidad, y en su defecto otro componente del equipo de salud delegado por el encargado de la Unidad.

Así mismo, pudiese el Director del Centro requerir la participación del enfermero o el médico, para efecto de reuniones en Dirección Regional de SENAME u otras instancias locales, relacionadas con el ámbito de la salud.

5. En concordancia con las Orientaciones Técnicas vigentes, la atención en salud viene a ser parte del engranaje de intervención completa a los niño/a del CREAD, por lo cual, la Unidad de Salud deberá mantener comunicación constante con los/as Educadores/as, interlocutando con los coordinadores/jefes de turno/profesionales, por ejemplo, al momento de administrar medicamentos y/o entregar indicaciones de cuidados.
6. El Encargado de la Unidad de Salud debe evaluar permanentemente las necesidades de formación de temáticas pertinentes dirigidos al personal de la Unidad, las cuales deben ser planteadas al Jefe Técnico formalmente.

Se dispone de dos dispositivos online y gratuitos en los cuales se puede acceder a contenidos del área:

- Cursos Organización Panamericana de Salud: <http://cursos.campusvirtualsp.org/>
- Cursos Ministerio de Salud: <http://minsal.uvirtual.cl/>

A través de la autogestión y coordinación con Dirección del Centro pueden solicitarse capacitaciones de carácter presencial, en caso de ser necesarias.

- **Procedimientos para el trabajo coordinado entre Unidades de Salud y actores de la red de salud local**

1. En relación con la red local, se espera del equipo pueda gestionar la inscripción inmediata de los niño/as que ingresan al Centro, en el Consultorio de Atención Primaria correspondiente a su ubicación geográfica, a fin de que estos puedan convertirse en beneficiarios del Sistema Público de Salud, según la modalidad de aporte per cápita (MINSAL), de acuerdo al criterio de población inscrita validada.
2. Además se esperaría la realización de gestiones y coordinaciones con la red local de Salud (Centro de Salud, COSAM, instituciones académicas, centros privados), que incentiven y faciliten la ejecución de acciones relativas a la promoción de salud, a través de la aplicación de talleres u otras alternativas, niño/a, sus familias o los funcionarios, en dependencias del Centro. Estas acciones deben incorporarse en la oferta programática del mismo.

3. En su coordinación con los equipos locales, deberá la Unidad de Salud gestionar recursos u oportunidades que puedan complementar las prestaciones que, dadas sus características, esta unidad no pueda entregar, como por ejemplo, campañas de vacunación a nivel nacional, atención dental móvil, operativo oftalmológico, etc.
4. El responsable de la Unidad de Salud debe incorporarse a mesas de trabajo comunitarias de APS (Consejos Consultivos, Mesa de trabajo Local, etc.) , con el objeto de fortalecer las relaciones con red local, plantear problemáticas del centro al equipos de salud e visibilizar al centro como un integrante más de la comunidad local. Para esto debe mantenerse contacto estrecho con Asistente Social del centro de salud local (CES, CESFAM, CECOSF, COSAM, etc.)
5. Cada Unidad de Salud debe establecer un diagnóstico de prestaciones/servicios disponibles para los niño/as en la red local pública y social (centros de salud, voluntariados, promotores de salud comunitarios, municipio, universidades o institutos). Este diagnóstico debe incluir la definición de la prestación así como los datos de contacto de algún interlocutor validado, y debe repetirse de forma anual.
VACUNOGRAMA.

5.8. Consideraciones para la intervención residencial

La atención residencial debe asegurar la disponibilidad de recursos para responder a las necesidades del niño/a cuyo fin es alcanzar los objetivos propuestos en el plan de intervención. No existe una única forma de cuidados y de “lectura homogénea” de las necesidades de cada niño/a, y menos aún una única forma de interactuar con éstos. Sin embargo, es posible reconocer algunos puntos comunes que no sólo son necesarios sino que indispensables para potenciar el desarrollo integral y armónico de ellos.

Diversos autores e investigaciones destacan la importancia de contar en los primeros años de vida con la satisfacción de algunas necesidades, que han llegado a ser definidas como irreductibles y que acompañan el proceso formativo y potenciador de su desarrollo.

Algunos autores⁴², afirman que todas las niñas/os pequeños tienen siete necesidades irreductibles.

1. **Relaciones constantes de cuidado:** cada lactante y pre escolar necesita una relación cálida, íntima con un cuidador primario durante un periodo de años, no meses ni semanas. Esto es más importante para el desarrollo emocional e intelectual que la formación cognitiva o los juegos educativos. Si no hay esta relación o si se interrumpe, el niño/a puede desarrollar desórdenes de razonamiento, motivación o relación. Los lactantes o pre escolares necesitan de

⁴² Beery Branzelton y Stanley Greenspan. The Irreducible Needs of Children. USA, 2001

estas interacciones de cuidado durante la mayor parte del tiempo en que están despiertos.

2. **Protección física, seguridad y reglamentación:** mientras se encuentran en el periodo de gestación, como en su infancia, los niños/as necesitan un entorno que les proporcione protección del daño físico y psicológico.
3. **Experiencias acordes a las diferencias individuales:** Cada niño/a tiene un temperamento único. El adecuar las primeras experiencias a la naturaleza individual del niño/a evita problemas de aprendizaje y de conducta y permite al niño/a desarrollar su pleno potencial.
4. **Experiencias apropiadas al nivel de desarrollo:** los niños/as requieren cuidados adaptados a la etapa de desarrollo en que se encuentran. Las expectativas poco realistas pueden obstaculizar el desarrollo del niño/a.
5. **Fijar límites, estructuras y expectativas:** los niños/as necesitan estructura y disciplina. Necesitan disciplina que les conduzca a fijar interiormente sus propios límites, canalizar su agresividad y buscar la solución pacífica de los problemas. Para alcanzar este objetivo, necesitan que los adultos empaticen con ellos a la vez que les fijan límites. Necesitan expectativas más que etiquetas y adultos que crean en su potencial pero que comprendan sus debilidades. Necesitan modelos de incentivos, no modelos de fracaso.
6. **Comunidades y cultura estables y de apoyo:** para sentirse completos e integrados, los niños/as necesitan crecer en una comunidad estable. Esto quiere decir, una continuidad de valores en la familia, grupo de amigos, religión y cultura, así como exposición a la diversidad.
7. **Protección del futuro:** responder a todas estas necesidades debe ser nuestra principal prioridad. Su fracaso es posicionar una situación de peligro e incremento de vulnerabilidad para los niños/as.

Reconociendo dichas necesidades, estas se constituyen en un primer inicio para visualizar aquellos aspectos que es importante cubrir y apoyar en la atención.

6.1.- Necesidades físico –biológicas.⁴³

La satisfacción de las necesidades de este tipo requiere la existencia de un contexto que garantice la salud, la optimización del desarrollo físico y la integridad corporal de los niños/as, dentro de ellos se destaca, la alimentación adecuada, temperatura, higiene propia y del entorno, ritmos apropiados de sueño y vigilia, actividad física adecuada, protección contra riesgos reales (accidentes, interacciones abusivas, entre otras), vigilancia del estado de salud. En este sentido lo relevante para los lactantes sería:

- ✓ El cuidado de cada lactante por un adulto consistente le ayudará a mantener los ritmos de sueño, llanto, alimentación y eliminación.
- ✓ Dada la total dependencia del niño/a en su primer año de vida la satisfacción de las necesidades contribuye a crear en éste un sentimiento de seguridad apropiado (sentimiento que se deriva en sentirse protegido del alivio frente a la tensión y de

43 Manual de buena práctica para la atención residencial a la infancia y adolescencia. Ministerio del Trabajo y Asuntos sociales. España.

tener las necesidades cubiertas cuando surgen).

- ✓ La actividad física adecuada supone la posibilidad de libertad de movimientos en un contexto seguro como el proporcionar al niño/a unas interacciones físicas adecuadas al tocarlos, cogerlo, acariciarlo, bañarlo, alimentarlos, entre otros.

En el caso de los niños/as preescolares en lo que respecta a la potenciación de una actividad física adecuada se sugiere:

- ✓ La realización de actividades que promuevan el desarrollo motriz fino (coordinación ojo mano , músculos pequeños, auto-alimentación, etc) .
- ✓ Realización de actividades para promover el desarrollo motor grueso (espacios para saltar , correr , equipamiento para el desarrollo de la coordinación , etc)

6.1.1.-Sueño

Nunca se debe olvidar que si los niños/as presentan problemas con el sueño, estas conductas podrían estar ligadas a que se sienten atemorizados. Ellos pueden presentar una vivencia de sentirse en peligro y muchos de ellos acuden durante la noche en búsqueda de seguridad y apoyo de los adultos a cargo; sin embargo esto debiera ser muy ocasional.

Siempre es recomendable que los adultos observen cómo ha sido la capacidad de afecto, cariño y cercanía corporal con los niños/as, ya que estas conductas también pueden llegar a ser expresiones de sentimientos de soledad. Se recomienda especial cuidado a los educadores que reciben estos temores –por lo demás absolutamente fundados – desde los niños/as que ingresan o permanecen en sistema residencial.

Si esto sucede se sugiere devolverlos a su cama y allí entregarle calor y tranquilidad. Se les acompaña, no se duerme con él. Explicarle por qué debe dormir en su cama / cuna, reforzando la seguridad, la inexistencia de personas extrañas y/o causantes de algún daño, rompiendo los mitos de fantasmas, reforzando que puede hacerlo porque los adultos a cargo se encuentran pendientes de cómo está. Esta conducta no se transa, bajo ninguna circunstancia o condición.

Si la conducta es reciente es más fácil su modificación, de no serlo se requiere formalizar un acuerdo entre los educadores que pasarán la noche con los niños /as.

Cada vez que el niño/a logre mantenerse en su cama/cuna, deberá no sólo ser comentado en voz alta, clara e incluso premiarlo con algo que le permita reforzar no sólo que están hablando positivamente de él sino que además lo logró. Si se vuelve a repetir la conducta de ir por las noches donde los adultos a cargo, continuar el refuerzo en torno a la protección y seguridad.

6.1.2.- Hora de comidas

Las horas de comida podrían ser situaciones de estrés, ya que se da con frecuencia que los niños/as jueguen con las cucharas, con la comida o que ésta permanezca por largos periodos en su boca. Todos problemas que no sólo molestan sino que inclusive incrementan situaciones de estrés, conductas desafiantes e incluso descalificadoras. Gritar, apretar la nariz, “meter” la comida a la fuerza y todo tipo de maltrato, no sólo incrementa el problema sino que está lejos de solucionarlo.

El cómo se relacionan los educadores a cargo del niño/a pudiese asociarse con dificultades en la alimentación. Esto no es un factor aislado sino que pudiera ser una señal visible de respuesta que da el niño/a a quien le entrega el alimento.

En este sentido se podrían dar las siguientes manifestaciones:

- ✓ Negativismo, es alrededor de los tres años de edad, cuando los niños/as entran en un periodo de descubrimiento de su yo, de su individualidad, que los lleva a ejercitar repetitivamente su posibilidad de oponerse. La comida puede ser un buen método para manifestar su oposición.
- ✓ Atraer la atención, si por alguna razón se estuviese sintiendo falta de afecto y descubre una fórmula equivocada, la negativa a comer pudiese ser una alternativa.
- ✓ Estado de desánimo, pudiese ser un indicador de una enfermedad, estado general se observa disminuido con pérdida de apetito.
- ✓ Reacción a la tensión; suelen ser bastante receptivos a las situaciones de tensión que afectan a su ambiente inmediato, a sus educadores directos.
- ✓ Métodos inadecuados; no fijar horarios para la alimentación del niño/a, exceso de preocupación por que el niño/a logre comer, demasiadas disciplinas para el logro del objetivo.

Si esto ocurre se sugiere evaluar existencia de algún cuadro de enfermedad asociada de no existir enfermedad asociada alguna:

- ✓ Generar un espacio tranquilo, cercano
- ✓ Si no desea comer, retirar el plato sin hacer mayor comentario. Cuando tenga hambre solicitará el alimento y es este el momento para felicitarlo.
- ✓ Si una vez más se repite el evento, volver a repetir la conducta anterior.
- ✓ Lo que se debe controlar es superar el miedo que surge en los educadores al observar que los niños/as se niegan a comer. En el momento en el cual se les demuestre que no existe tal temor la conducta cesará.

La alimentación a continuación detallada se basa en las guías alimentarias para los niños y niñas atendidos en el CREAD de 0 a 6 años de edad, decretadas por el ministerio de salud de Chile.

Alimentación del niño(a) de 0 – 6 meses de edad.

La opción para alimentar al niño (a) es a través de formulas artificiales basadas en leche de vaca modificada, cuya composición procura ser semejante a la leche materna y que se conocen como formulas de inicio (reglamento sanitario de los alimentos Decreto Supremo N° 977/96 del Ministerio de Salud).

Las formulas utilizadas se preparan al 13 %, tienen incorporadas en el etiquetado técnicas de preparación y no requieren la adición de otros alimentos. Tienen una densidad energética de aproximadamente 67kcal/100 ml.

El volumen variara de acuerdo a la edad del bebe y del peso que este tenga, iniciándose la alimentación con aproximadamente 60 ml cada 3 hrs. por 8 veces, para llegar aproximadamente a 200 ml cada 4 hrs. por 6 veces a los 5 meses (150ccx Kg. x día).

La leche de vaca modificada es inadecuada para los lactantes menores de 1 año de vida ya que tiene una concentración excesiva de proteínas, calcio, fósforo, sodio, y además es insuficiente en ácidos grasos esenciales, vitamina C, E, y D. El hierro, zinc y cobre, junto con ser insuficientes en cantidad se absorben pobremente.

Alimentación del niño (a) de 6 – 11 meses.

A esta edad se comienza con las **formulas de continuación**. El reglamento sanitario de alimentación (Decreto supremo N° 977/96 del Ministerio de Salud) ha establecido los rangos considerados como adecuados para estas formulas de un 14%. Tienen una densidad energética y proteica mayor que las FI. La leche de vaca sin modificaciones es inadecuada para los lactantes menores de un año.

En esta etapa se debe iniciar la alimentación complementaria, que corresponde a la administración de cualquier alimento distinto a la leche, y que está orientada a complementar todos los nutrientes que el niño (a), necesita a esta edad y a lograr el desarrollo normal de la conducta alimentaria.

La base fisiológica de la recomendación del inicio de la alimentación complementaria, depende tanto de la edad cronológica del niño (a), como de las manifestaciones de signos que demuestren un desarrollo sicomotor adecuado. Esta madurez morfofuncional se caracteriza por erupción dentaria, uso de musculatura masticatoria, incremento de la percepción sensorial y modificación en la ubicación espacial de la lengua, desarrollo de la deglución somática, discriminación de nuevas texturas, sabores, olores y consistencias de los alimentos, así como de la extinción del reflejo de extrusión. Durante este periodo el niño (a) va experimentando la aceptación o rechazo a estas nuevas experiencias. El rechazo inicial a los nuevos alimentos, neofobia, es un fenómeno esperado y debiera ocasionar el retiro del alimento, sino la insistencia calmada y amorosa, en cantidad creciente en el tiempo.

Acciones para iniciar la alimentación complementaria.

- Consistencia tipo papilla o puré suave en los primeros meses. Cuando han erupcionado los incisivos superiores, la papilla puede tener la consistencia de puré más grueso y luego progresivamente consistencia semi molida.

- Esta papilla debe contener cereales, verduras, carnes desgrasadas y al momento de servir se recomienda agregar 2,5 a 3 CC de aceite vegetal, siendo utilizado en el centro el aceite pepita de uva.
- El postre indicado es el de frutas de la estación al que no se le agrega azúcar u otro endulzante.
- El volumen de la papilla va de acuerdo a la edad y crecimiento del niño (a).
- No se utilizan condimentos ni sal.
- La temperatura ideal del alimento es de 37º pero puede ser menor.
- La cuchara con la que se administra el alimento es pequeña de contornos lisos y suaves. Es recomendable que el alimento sea entregado en un ambiente agradable y tranquilo.
- La segunda comida se incorpora al 8º mes cuando el niño (a) ya presenta una buena tolerancia al almuerzo, suspendiéndose la leche de ese horario.
- Se introducen las legumbres al 8º mes, reemplazando una porción a la papilla de verduras con carne, dos veces por semana.
- Se introduce el pescado y huevo a los 12 meses siempre que no existan factores de riesgo de acopias.
- Se introduce agua de hierbas separada de la leche alrededor de las 12:00 hrs. en forma diaria.

Alimentación del niño (a) de 12- 24 meses

En esta etapa la velocidad de crecimiento disminuye, lo que produce un descenso relativo de las necesidades nutricionales. El apetito del niño está orientado a satisfacer las necesidades energéticas.

Desde el punto de vista fisiológico la erupción dentaria continua y con ella aumenta progresivamente la madurez de las funciones bucales, aparecen los primeros molares, con lo cual el niño (a) está en condiciones de comer una alimentación de mayor consistencia, semi molido o molido con tenedor, con trozos de alimentos blandos, lo cual se cambia de acuerdo a un análisis con las educadoras de párvulo. El niño (a) debe aprender la dinámica de la alimentación para hacerse autosuficiente con respecto al acto de alimentarse.

Acciones practicas para alimentar al niño (a) entre 12 a 24 meses.

- Las formulas lácteas en esta edad es sobre la base de leche de vaca en polvo 0% MG, 12% MG, 26% MG y cereal (programa nacional de alimentación complementaria), las formulas que se utilizan en esta edad dependerá de la condición nutricional de cada niño o niña. Por lo tanto se utilizaran formulas reconstituidas al 10%, con agregados de sacárola 2,5% y cereales al 3% , las que se detallan: **F1** (10%MG+ saborizante 2,5%) para niños obesos y sobrepeso; **F2** (126% MG + azúcar 2,5% + nestun 3%) para niños con estado nutricional normal;

- A esta edad, se le debe por norma suspender la fórmula Láctea nocturna, sin embargo no es posible ya que los niños (a) se despiertan para pedir a través del llanto.
- Debe limitarse el azúcar y/ o cereales, pero no debe limitarse el aporte de leche. El requerimiento de leche a esta edad debe completar un total de 500 ml/DIA.
- La consistencia de la alimentación sólida debe ser a los 12 meses totalmente molida luego semi molida para pasar a picados.
- Entre los líquidos aportados se incluye agua ad limitum en un volumen de 200 ml/DIA.
- Se establecen dos horarios de comida (11:30- 18:30 hrs.) y una colación matinal (10:00 hrs), considerando además tres horarios para las fórmulas lácteas (8:30- 16 y 22 hrs).
- Se incluyen frutas y verduras crudas y cocidas de acuerdo a estacionalidad, cereales, aceites, y un alimento proteico como carnes (en sus variedades), legumbres y huevos.
- No es recomendable el aporte extra de sal.

Guía de alimentación en el niño (a) mayor de 2 años

En esta etapa de la vida los niños (a) adquieren sus hábitos alimentarios definitivos. El objetivo de esta es que cubra los requerimientos para su crecimiento y desarrollo.

Se incorpora el horario habitual que tendría un grupo familiar ya se sienta a la mesa, recibe algunos líquidos en vasos o tazas.

Debemos considerar que el apetito tiene variaciones individuales de modo que un niño (a) no como todos los días la misma cantidad de alimento.

La alimentación del preescolar debe estar basada en las guías alimentarias para la población chilena, las que orientan en el consumo de alimentos tanto en cantidad como en calidad. Las guías alimentarias son un conjunto de recomendaciones de consumo de alimentos que pretende orientar a la población en la adquisición de una dieta saludable que sea capaz de prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez.

Recomendaciones alimentarias

Tiempos de comida: Se tienen 4 comidas y 1 colación.

Distribución energética: De los 4 tiempos de comida la recomendación establece:

Desayuno: Debe aportar a lo menos el 25 % de las calorías totales ya que permite reactivar algunas funciones fisiológicas, irrumpe el ayuno nocturno.

Este constituido de una fórmula Láctea, cereal y fruta. Colación 5 %; almuerzo 30 %; onces 15 %; cena 25 %.

La distribución del aporte energético será mayor en las primeras horas del día e ira disminuyendo hacia la noche.

El desayuno es un horario de alimentación de gran importancia en toda edad, ya que irrumpe el ayuno nocturno y permite reactivar funciones fisiológicas dormidas.

El desayuno está compuesto por un lácteo, una porción de cereal o pan y una fruta la que es recibida como una colación a primera hora de la mañana.

Indicaciones alimentarias:

- 1. Tiempos de comida:** Se establecen 4 comidas en el día y 1 colación matinal.
- 2. Distribución energética:** Se establece aproximadamente la siguiente distribución de la molécula calórica: Desayuno 25%, colación 5 %, almuerzo 30%, once 15%, cena 25%.
- 3. Se aplican las guías alimentarias para obtener** una alimentación saludable.
- 4. Acciones:** que faciliten un patrón alimentario saludable por ejemplo: Realizar la alimentación en un lugar tranquilo.
5. Ofrecer los alimentos en trozos pequeños para favorecer la independencia de comer.
6. Proporcionar alimentos de diferentes texturas para reforzar las habilidades masticatorias y favorecer la secreción saliva.
7. Dar alimentos de variados colores para que actúe como un estímulo del apetito.

6.2.-Necesidades cognitivas y lingüísticas

La atención a estas necesidades, supone la creación de un contexto lúdico, rico en estimulación y experiencias de aprendizaje adecuadas. Es conocido que durante los primeros años de vida los niños/as absorben la información a través de la experiencia de juego, de forma que un contexto lúdico contribuye a la satisfacción de estas necesidades. El desarrollo de capacidades sensoriales precisa una estimulación variada y contingente a la propia actividad del niño/a que favorezca el establecimiento de relaciones entre sus acciones y el efecto que esta sobre los entornos.

La actividad y curiosidad natural de los niños/as se satisface a través de la exploración del ambiente físico y social, siendo dicha exploración un vehículo imprescindible para el aprendizaje. Por lo tanto es necesario ofrecer con regularidad oportunidades para la actividad exploratoria.

Igualmente es el contexto de la interacción social donde tiene lugar el desarrollo del lenguaje que amplía las posibilidades de expresión y comprensión del niño/a. El desarrollo incide en otras necesidades cognitivas de los niños/as que debe ser satisfechas: la necesidad de comprensión del mundo que les rodee, los niños/as precisan que se les escuche y responda de forma contingente a sus preguntas, que se les haga partícipes del conocimientos de diferentes experiencias vitales, que se les trasmitan los valores y normas adecuadas).

De acuerdo a estos dos rangos etarios es preciso señalar que para los lactantes:

- ✓ La comunicación verbal adulta es importante para el desarrollo del lenguaje y la comprensión del niño/a, siendo adecuado el lenguaje que responda a los sonidos que emita interpretando las cosas verbalmente, cantando, leyendo, entre otros.
- ✓ Utilizar juguetes y otros objetos lúdicos que proporcionen estimulación.
- ✓ Emplear las tareas rutinarias como experiencias de aprendizaje.
- ✓ Utilizar el ambiente como herramienta de aprendizaje al proporcionar contraste

entre colores, texturas, diseños ofreciendo oportunidades para ver y usar diferentes espacios.

- ✓ La exploración libre puede facilitar el aprendizaje, los límites y fronteras, puestos por los adultos pueden ayudar a los niños/as a enfrentar la frustración.

En relación a los pre- escolares:

- ✓ Realizar actividades que consideren el desarrollo del lenguaje, por ejemplo tener periodos regulares para leer libros con pocas palabras y dibujos claros, contar historias, ayudar a los niños/as a identificar objetos familiares, crear oportunidades para el aprendizaje y escucha de canciones apropiadas para la edad o tocar algún instrumento.
- ✓ Realizar actividades que favorezcan el desarrollo de habilidades cognitivas por ejemplo crear oportunidades para la manipulación por ensayo y error, proporcionar oportunidades para experimentar causas y efectos, utilizar materiales para clasificar y seriar, usar materiales sensoriales, contar con elementos de naturaleza para explorar.

6.3.-Seguridad emocional

La seguridad emocional depende fundamentalmente de los vínculos de apego, el tipo de relación con los iguales, particularmente las amistades y la autoestima.⁴⁴

Aunque la existencia de vínculos de apego es importante a lo largo de todo el ciclo vital del individuo, y particularmente en la infancia, el establecimiento de una vinculación afectiva con al menos una figura de apego adecuada puede considerarse la tarea emocional evolutiva primordial que todo niño/a necesita alcanzar el primer año de vida. Tal condición resulta imprescindible para un desarrollo apropiado del niño/a y supone la base adecuada para la construcción de una identidad personal y la autoestima.

Además una de las principales dificultades que suelen experimentar estos niños/as son los derivados de los efectos negativos de la separación de sus figuras naturales de apego. Por lo tanto el CREAD deberá ayudar al mantenimiento de los vínculos afectivos previos cuando estos no vayan en contra del bienestar del mismo, facilitar nuevos vínculos, promover la interacción adecuada entre pares ,y estimular el desarrollo de una autoestima positiva. La figura de la educadora asumirá protagonismo en el trabajo reparatorio realizado con niños/as en situación de abandono, incorporándose como referente e en procesos de intervención vincular con el niño/a.

En este sentido hay que tener en cuenta:

- ✓ El CREAD deberá establecer ritmos y rutinas a lo largo del día y de la noche, esto prepara a los niños/as para lo que va a ocurrir posteriormente. El carácter predecible del entorno facilita crear seguridad en el niño/a.
- ✓ El educador/a deberá ser responsivo con el niño /a a través del contacto visual y la

⁴⁴ López, (1995) pág. 88 en Manual de buena práctica para la atención residencial a la infancia y adolescencia. Ministerio del Trabajo y Asuntos sociales. España.

respuesta apropiada en el tiempo en cuanto al llanto y a la manifestación del malestar.

- ✓ Deberán ser afectuosos y aceptar la forma en que el niño/a pueda desarrollar el sentimiento de seguridad emocional y la confianza necesaria para el desarrollo progresivo de la autonomía.
- ✓ El proponer actividades y tareas en que el niño /a pueda tener éxito, así como el evitar las descalificaciones y comparaciones son también aspectos relevantes en la promoción de la autoestima.

6.3.1 Autoestima

En relación a la autoestima es posible definir el concepto como la valoración que cada uno de nosotros tiene en relación con su propia persona.⁴⁵ Cuántos nos queremos y cuáles son las creencias que tenemos respecto de nosotros mismos.

En la infancia este proceso se inicia al momento en el cual empieza la diferenciación, la interrelación con pares y en general se da más cuándo la apariencia física se observa “distinta” o diferenciada por algún tipo de discapacidad; sin embargo el impacto y mantención del mismo está en estrecha relación del cómo intervienen los adultos.

El desarrollo de la autoestima nos involucra en cuanto personas adultas y nos deben guiar a tener más que conciencia y herramientas que nos permitan potenciar el desarrollo de los niños/as. La construcción de una imagen de sí mismo es un proceso dinámico, que se desarrolla a lo largo de toda la vida. Se va modificando a través de las distintas experiencias y situaciones que nos enfrentamos como seres humanos y entre seres humanos. Sin embargo las bases sólidas de él se encuentran dentro de los primeros años de vida.

Los procesos de estimulación temprana deben desarrollarse desde el momento en el cual comienza la interacción del bebé, ello significa que cada niño/a reciba el calor corporal de un adulto, que le converse, que al momento de cambiar sus pañales se interactúe con él, entre otras acciones. Interactuar significa estar dentro de su campo visual, comunicarse en forma directa, suave y pausada. Así mismo a medida que este va creciendo apoyar el proceso de estimulación con móviles, que cumplen una función para el desarrollo del lenguaje.

6.3.2.-Resolución de problemas.

Tal como se ha señalado para lograr que el niño/a desarrolle seguridad en sí mismo/a e independencia debe contar con los espacios para ello entregarles la posibilidad de elegir, de participar en cosas de su vida cotidiana. Si los niños/as perciben y especialmente experimentan que existe “permiso” para elegir, al vivenciar que sus adultos a cargo los

⁴⁵ María de los Ángeles Álvarez, 2.003

alientan a resolver sus problemas, éstos comenzarán a potenciar sus recursos y especialmente su auto imagen y seguridad personal.

Si los adultos les solucionan todas las dificultades que la cotidianidad les presenta nunca podrán alcanzar la seguridad necesaria para perseverar y alcanzar sus metas. Por ejemplo, no es menor el tiempo en el cual se demora un niño/a de cinco años para ponerse su uniforme para asistir al colegio. Se recomienda apoyarlos en forma permanente entregándoles pautas, guiándolos para lograr que se desarrolle el aprendizaje, no ayudándoles a ponerse la ropa sino alentarlos para que resuelva sus problemas por sí mismo.

Para potenciar que el niño/a tome algunas decisiones y que resuelva solo sus problemas, se sugiere:

- ✓ Anticipar el tiempo que usted evalúa que le tomará realizar la tarea.
- ✓ Darse el tiempo para escucharlo/a.
- ✓ Desmitificar que la calidad reemplaza al tiempo que se le dedica a los niños/as. Éstos necesitan tiempo y calidad.
- ✓ El adulto deberá incentivar al niño/a para la realización de las tareas y ajustarse a su ritmo, por tanto “la paciencia aquí es el arte de todas las ciencias”.
- ✓ El principio de ayudar es el de no hacer, el de ayudar sin ayudar, sino que orientar, hacer sugerencias claves que les permita a los niños/as realizar las tareas.
- ✓ Escuchando y observando. Si los adultos aprenden a escucharlo/a en silencio, el niño/a, al sentirse aceptado/a, comunicará sus sentimientos más profundos. Conjuntamente, fortalecerá su capacidad de escucha y desarrollo de empatía.
- ✓ Lo anterior, es un facilitador para tratar de invitar al niño/a para que se exprese, hable de sus intereses, preocupaciones, inquietudes, gustos, ente otros.

6.3.3.- La autonomía y responsabilidad

Uno de los principales objetivos de la atención residencial es preparar al niño/a para que pueda desarrollar su vida de acuerdo al nivel de autonomía correspondiente a su estado evolutivo y avanzar de esta manera en su desarrollo biosicosocial. La educación para la autonomía supone ayudar al niño/a a dar el paso del heterocontrol al autocontrol de su comportamiento y adquirir el sentido de responsabilidad de sus acciones. Ello supone intervenir cuando el comportamiento es inadecuado y proporcionar a los niños /as alternativas para que puedan dirigir y controlar ellos mismos su propio comportamiento.

En el ejercicio del trabajo con lactantes y preescolares pudiera existir el temor en las figuras que a diario se encuentran en contacto con ellos(as) de transformarse en

sobreprotectores, lo que puede ser factible de no tomar conciencia de las repercusiones que ocurren en el desarrollo de los niños/as, si se adoptan estas conductas aprensivas o bien “perfeccionistas” las que en lugar de apoyar la autonomía y desarrollo potencian que se genere una relación que restringe. El origen de la sobreprotección no es en ningún caso exceso de cariño, sino que se trata de una falta de confianza en las capacidades del niño/a.

En general el desarrollar la independencia sugiere un desafío para quienes se encuentran en contacto cotidiano con los lactantes y pre-escolares ya que históricamente se le ha asociado al concepto a conflicto, en especial a todo lo relacionado con los límites y cómo éstos deben ir variando de acuerdo al ciclo vital.

Lo importante es desde los adultos no expresar conductas opuestas, es decir que en esta necesidad de buscar el equilibrio no se adopten conductas en exceso restrictivas para luego entregar todo tipo de libertad. Por otra parte no se puede esperar que los niños tomen el control de aspectos de su vida para los que no están preparados.

Es importante recordar que desde el momento en que se nace comienza el proceso de aprendizaje que, a medida que pasa el tiempo es posible ir observando la necesidad de lograr metas individuales, por ejemplo comenzar a reconocer a las figuras significativas, comer y caminar en forma autónoma, a sentarse, correr, entre otros. Todos aprendizajes que no sólo se esperan que sucedan a ciertas etapas del desarrollo sino que además se estimulan y refuerzan en el diario vivir.

Existen dos periodos que son especialmente relevantes:

- El primero de ellos se produce tempranamente. Alrededor del tercer año de vida, el niño/a se descubre a sí mismos, se dan cuenta que pueden oponerse y que la expresión de sus deseos ejerce un efecto e impacto en su ambiente inmediato.
- El segundo se da en la etapa de la pubertad, en donde se genera una crisis en torno a la autoridad.

Generalmente, para los preescolares este periodo suele prolongarse alrededor de un año, es recomendable fijar límites claros, normas expresas comprensibles para cada niño/a y especialmente permanentes, potenciando la capacidad de mirar y considerar al otro, respetando también sus derechos. Lo importante es observar las capacidades, no pretender perfección sino exploración y estimularlos a que logren realizar, experimentar y alcanzar metas en forma autónoma, pero de acuerdo a su edad.

6.4.-La disciplina

En la actualidad, aún podemos recibir argumentaciones que avalan y fomentan el uso de la fuerza física para disciplinar a los niños/as, todas expresiones que no sólo se reducen a verbalizaciones, sino que ponen en práctica, se fijan y determinan estilos de relación y de crianza en donde se visualiza el ejercicio de la violencia como un método de resolución de

los conflictos y peor aún como un estilo de crianza responsable por cuanto se preocupa “que los niños no hagan lo que quieran”.

El problema central del uso del castigo, sea por medio del uso de violencia física o psicológica, es que muchas veces lo que domina e inclusive justifica el actuar es un alto porcentaje de venganza y sentimientos de frustración por parte del que lo aplica. En lugar de ser una respuesta educativa se transforma en un déficit de control de impulsos para posicionar una reacción de tipo afectivo, emocional más que una medida formativa.

Este estilo de relación e intentos de modelación de conducta termina por transformarse en una cadena de dificultades y lo que es peor aún son medidas inútiles – para conseguir la modificación de la conducta – y generadoras de daño real hacia el niño/a que lo experimenta.

Algunos de los problemas que se presentan cuando se usa el castigo físico, son los siguientes:

- ✓ Provoca una reacción negativa tanto para el niño/a como para el adulto que lo aplica, deteriorando la relación, favoreciendo que los niños/as perseveren en la manifestación de la conducta “negativa”, ya sea por descarga de tensión como porque no comprendió dónde está lo malo o inadecuado de su conducta.
- ✓ El ejercicio de violencia sistemática, intensa y en ocasiones crónica puede llegar a producir una inhibición generalizada de las conductas, lo que dañará el desarrollo de la personalidad, pudiendo dar como resultado personas sin iniciativa y faltas de creatividad.
- ✓ También pudiese generar una reacción inversa, se puede dar una reacción contrapuesta, en donde los niños/as se refugian en una actitud agresiva, de rebeldía para poder incluso llegar a una oposición exagerada.

Por el contrario se sugiere que para poder establecer disciplina a los niños/as en los CREAD se realicen las siguientes acciones que contribuirán a la cultura del buen trato:

- ✓ Establecer normas básicas claras, explícitas, comprensibles, por tanto adecuadas a la edad del niño/a y que siempre se cumplan.
- ✓ Si el niño/a trasgredió las normas, se debe explicar por qué no debe hacerlo y sugerirle una salida alternativa.
- ✓ Se sugiere conocer claramente aquellas actividades, juegos, juguetes que para el niño/a son valoradas porque les entregan entretención y/o placer.
- ✓ Frente a conductas negativas que se repiten y mantienen, se debe establecer un acuerdo previo con el niño/a, que le sea comprensible y que implique una consecuencia negativa para él o ella si la vuelve a realizar.

- ✓ Se debe ser consistente en el cumplimiento del acuerdo, bajo ningún punto de vista levantar el castigo por generación de sentimientos de tristeza o inclusive de culpa (presente en el adulto).
- ✓ Los castigos deben ser precisos y posibles de cumplir.
- ✓ Los castigos no deben ser una expresión más de violencia ya que estas expresiones no educan sólo dañan, maltratan y refuerzan la manifestación de conductas desafiantes y agresivas.
- ✓ Paralelamente a la aplicación de castigo, se debe visualizar y reforzar conductas positivas que el niño/a manifieste. El lograr visualizar y reforzar positivamente la conducta opuesta manifestada permitirá modelar la capacidad de cambio, de logro y especialmente evitar la estigmatización.

Desde los tres años de edad en adelante podría exacerbarse esta expresión de negatividad, sin embargo hay que considerar que existen etapas críticas en el proceso de desarrollo que favorecen la expresión de rebeldía.

Existen algunos autores que han denominado a estos tres años como etapa de “*terquedad*”, en que un niño/a descubren que son capaces y seres independientes de los demás y comienzan a ejercer su autonomía y voluntad al máximo. Descubren maravillados el efecto de la palabra No y por supuesto no desaprovechan esta oportunidad.

Debido a ello, tal como se ha planteado anteriormente, es importante analizar si las exigencias que se están planteando se encuentran acordes a la capacidad y etapa del pensamiento del niño/a, y son capaces de comprenderlas? Chequear cómo es el estado de las normas impuestas, éstas son demasiadas, que llegan incluso a restringir la capacidad de exploración de éstos.

Se recomienda examinar las normas impuestas y seleccionar aquellas que efectivamente han dado resultado favorable. Conjuntamente, es importante crear el hábito de conversar con los niños/as, explicándoles el porqué de ciertas exigencias, escuchando al mismo tiempo sus opiniones e incluso reclamos.

6.5.-Las pataletas

Generalmente, estas conductas ocurren porque el niño/a recién han descubierto su voluntad, su posibilidad de oponerse y el resultado que ello provoca. Debemos recordar o aprender que en esta edad se tiene muy poca tolerancia a la frustración o negativas, por lo que apelan a cualquier medio para llamar la atención y lograr su objetivo.

Si el adulto accede está validando esta conducta de “berrinche” o “pataleta”, por lo tanto depende sólo de estas figuras que esto se perpetúe. La alternativa, puede ser ignorarlo, nunca enojarse y tal vez dirigir la atención del niño/a hacia otra cosa. Si se recurre a viejos métodos – existen castigos que pueden ser hasta malos tratos – como lavarle la cara con agua fría, meterlo a la ducha; no sólo se le refuerza la conducta sino que se transforma en

una persona agresora que es capaz de utilizar su condición de adulto para “reducir” al niño/a mediante el uso del poder y la fuerza.

Lo correcto es IGNORAR, pero ignorar en serio. Este ignorar no debe ser una expresión de violencia pasiva, por el contrario es no visualizar lo que está pasando, es no comprometerse emocionalmente con el “berrinche”, es “no ver lo que no está dispuesto a permitir, lo que no significa no ver al niño/a. Una vez que cese la conducta se sugiere elogiarlo por su capacidad de tranquilizarse, del ejercicio de control de impulsos logrado, por estar tranquilos y portarse bien. Ello sin explicitar que sí se sintió molesto/a con la conducta expresada, es recuperar el contacto con ese niño/a que le agrada compartir. Si con ello vuelve la pataleta, nuevamente se ignora y se debe repetir el proceso cuantas veces sea necesario. Siempre el adulto tranquilo, que le de la sensación al niño/a que nada está pasando.

6.6.-Calidad de vida:

Al igual que satisfacer las necesidades básicas, afectivas y sociales, de la misma forma, las condiciones de infraestructura deberán ser coherentes con el desarrollo integral de la primera infancia, habilitando ambientes cálidos, con una decoración infantil apropiada y acogedora, que cuente con espacios seguros a objeto de disminuir el riesgo de accidentes.

Los más pequeños (0 a 2 años) necesitan dormitorios con cunas, mudadores, juguetes y objetos llamativos y entretenidos. Para los niños/as que aún no se encuentran en etapa de marcha autónoma, será necesario que el inmueble cuente con los espacios que faciliten el inicio del “gateo”, la exploración y toda actividad que facilite el aprendizaje de la marcha. Los niños/as más grandes, que se movilizan solos (generalmente sobre el año y medio de edad), deben contar con espacios para la exploración, con dormitorios idealmente provistos de camas bajas, con materiales adecuados a su tamaño y edad.

Se considera importante que cuenten con la presencia estable de adultos capacitados en su atención. Asimismo, el patio de juegos al aire libre, es un espacio indispensable dentro del centro y deberá estar acondicionado para la realización de actividades recreativas y educativas. Estas condiciones deben ser la base mínima para una atención más personalizada.

En el caso de la zona sur del país se debe considerar el tema climático, tanto frío como lluvia, por ello es necesario pensar en espacios techados y calefaccionados para el desarrollo de actividades lúdicas que se realicen fuera de los dormitorios y salas anexas⁴⁶.

Egreso

Cada caso que los profesionales estiman que está en condiciones de iniciar un proceso de egreso, debe ser analizado entre los profesionales y equipos de apoyo responsables del proceso de intervención, con la participación activa de la jefatura técnica.

⁴⁶ Aporte Dirección Regional IX región, SENAME, 2009

Si bien estas orientaciones son complementarias a las orientaciones generales del Programa, es necesario destacar que ningún niño/a debe ser ingresado del centro mientras no se haya realizado algún tipo de intervención con el adulto que asumirá sus cuidados. Esto es la necesaria intervención en las distintas áreas del desarrollo, salud, estimulación, orientación, apoyo, psicoterapia. Lo anterior basado en la responsabilidad que a este Servicio le cabe de resguardar los derechos de protección de todos los niños y niñas que han ingresado.

De acuerdo a la preparación para el egreso de los niños/as, importante es señalar que todos requieren de una preparación previa. Sin embargo, en el caso de egreso por Adopción importante es señalar que⁴⁷:

- Egreso por Adopción. Se requeriría de a lo menos dos semanas de anticipación, de acuerdo a la fecha de enlace. Durante dicho periodo de tiempo, la Unidad de Adopción deberá proporcionar material de apoyo (fotografías, videos, etc.), que pueda ser utilizado a favor de la vinculación previa del niño/a con sus padres adoptivos. De esta forma el o la profesional psicólogo/a, incentivará el cierre de la experiencia de internación y poseerá herramientas de vinculación.
- En el caso en que los niños egresen a Hogar de Protección o con Familia, importante es señalar que éstos/as cuenten también con preparación previa a cargo de profesional psicólogo, con apoyo de Educadora de Párvulo y Educadoras de Trato Directo.

Todo proceso de egreso debe ser autorizado previamente por jefatura técnica del centro, de acuerdo a las Orientaciones Técnicas, adoptando todos los procedimientos administrativos definidos en lineamientos técnicos.

⁴⁷ Aporte Dirección Regional Metropolitana, Santiago, Sename, 2013.