

**DOCUMENTOS TEMÁTICOS PARA CENTROS RESIDENCIALES DEL DEPARTAMENTO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS**



**DEPRODE, ÁREA DE GESTIÓN PROGRAMÁTICA**

**2ª versión actualizada**

**Noviembre 2011**

|  |  |
| --- | --- |
| **INDICE** |  |
| 1. Lineamientos técnicos y administrativos sobre **acercamiento familiar** de niños, niñas y adolescentes en centros residenciales.
 | [Pág.4](#_A.-_LINEAMIENTOS_SOBRE)   |
| 1. Orientaciones técnicas relacionadas con el **sistema de visitas y salidas** en los centros residenciales.
 | [Pág.10](#_B.-_ORIENTACIONES_TÉCNICAS)   |
| 1. Lineamientos técnicos en casos de **abandonos** de los centros residenciales.
 | [Pág.12](#_C.-_LINEAMIENTOS_TÉCNICOS)   |
| 1. Orientaciones generales sobre el **desarrollo sexual** en niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos y con necesidades especiales.
 | [Pág.1](#_D.-_ASPECTOS_GENERALES)6  |
| 1. Orientaciones sobre la intervención especializada para **ofensores sexuales** que presentan discapacidad intelectual.
 | [Pág.34](#_E.-_POSIBILIDADES_DE)  |
| 1. Orientaciones sobre la **incorporación de voluntarios** en centros residenciales de protección.
 | [Pág.37](#_G.-_ORIENTACIONES_SOBRE:) |
| 1. Pauta de evaluación de Condiciones Mínimas de Seguridad.
 | [Pág.42](#_G.-_PAUTA_DE) |
| 1. Orientaciones y Buenas Prácticas de coordinación con **Tribunales de Familia.** Acuerdos y flujo concordado con la Región Metropolitana y de Valparaíso.
 | [Pág.46](#_H.-_COORDINACIONES_ENTRE)  |
| 1. Orientaciones para la preparación de adolescentes hacia la **vida independiente** en centros residenciales.
 | [Pág.61](#_I._ORIENTACIONES_PARA) |
| 1. Minuta técnica sobre **evaluación de competencias parentales** en niños, niñas y adolescentes privados de cuidados parentales.
 | [Pág.66](#_J.-_MINUTA_TÉCNICA) |
| 1. Orientaciones para la inclusión de niños/as con necesidades especiales en centros residenciales.
 | [Pág.73](#_K.-_ORIENTACIONES_PARA) |
| 1. Estándares Mínimos de Calidad en la atención residencial.
 | [Pág.79](#_L.-_ESTÁNDARES_) |
| 1. Minuta técnica **componentes de la intervención residencial**
 | [Pág.107](#_M.-_MINUTA_TÉCNICA) |
| 1. Minuta síntesis: Estudio de **pueblos indígenas** en centros residenciales
 | [Pág.110](#_N.-_MINUTA_SINTESIS) |
| 1. Matriz de Evaluación: Capacidad socio-educativa de los centros residenciales
 | [Pág.114](#_O.-_LA_MATRIZ) |

**PRESENTACIÓN:**

El presente dossier se preparó en base a la compilación de una serie de documentos - guías orientadoras del quehacer de los equipos de trabajo de los centros residenciales. Fueron elaboradas el año 2008 y actualizadas en la presente versión 2011 que incorpora además otros documentos atingentes a estas modalidades. La responsabilidad por su formulación corresponde al Área de Gestión Programática, desde la línea centros residenciales.

Tiene el propósito de aportar en la ejecución cotidiana de los proyectos residenciales, en los distintos temas que incorpora el documento: acercamiento familiar y conceptos vinculados, abandonos, contacto e interacciones con Tribunales de Familia, orientaciones en materia de desarrollo sexual, sistema de visitas y otros. De la misma forma vuelve a formalizar los marcos regulatorios en algunas de estas materias.

La actualización del documento obedece también a las necesidades expresadas por los equipos técnicos regionales como elementos para el acompañamiento y asesoría a los proyectos. No pretende ser un texto final y acabado, sino más bien, sujeto a aportes particularmente desde la práctica, y destinado a la mejora; aspira a nutrir la labor de supervisión técnica, como una guía que enriquezca la reflexión de los actores implicados en la protección de niños/as privados de cuidados parentales adecuados.

Por otra parte, también se enmarca en la inflexión definida por el Servicio para la línea de acción centros residenciales, cuyo soporte fundamental es continuar cautelando en mejor medida la excepcionalidad de la atención residencial, la transitoriedad de la institucionalización y priorizando la intervención comunitaria y familiar, centrada en restituir el derecho de los niños y niñas a vivir en familia. Como también mantener, fortalecer y consolidar los avances en el tránsito hacia el acogimiento familiar para lo cual la oportunidad de las decisiones en el ámbito residencial son sustantiva.

Esperamos que éstos, entre otros documentos generados desde el Departamento de Protección de Derechos, puedan apoyar y facilitar el quehacer cotidiano de los equipos de intervención y el acompañamiento técnico del Servicio.

**ANGÉLICA MARIN DIAZ**

**JEFA DEPARTAMENTO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS**

**SENAME**

|  |
| --- |
| A.- LINEAMIENTOS SOBRE LOS PROCESOS DE ACERCAMIENTO FAMILIAR DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INGRESADOS EN CENTROS RESIDENCIALES |

|  |
| --- |
| **I. INTRODUCCIÓN** |

Desde la promulgación de la Convención de los Derechos del Niño por Chile el año 1990, la atención a niños, niñas y adolescentes privados de cuidados parentales adecuados, en protección residencial, ha experimentado cambios sustantivos en sus orientaciones y requerimientos de intervención. Uno de estos aspectos, es el respeto al derecho a vivir en familia.

En ese marco, y cumplido el primer quinquenio de la primera licitación[[1]](#footnote-1) de la línea de acción centros residenciales desarrollada por instituciones colaboradoras de Sename, se ha estimado pertinente realizar una actualización al documento de orientaciones técnicas sobre acercamiento familiar, documento generado por el Deprode el año 2008.

|  |
| --- |
| **II. ORIENTACIONES ESPECÍFICAS EN TORNO AL ACERCAMIENTO FAMILIAR EN LOS CENTROS RESIDENCIALES.** |

Si bien la entrega de cuidados en protección residencial a niños separados de su familia para su protección constituye el sello de su quehacer, el propósito final de éstos y su sentido se encuentra en devolver al niño, niña y adolescente institucionalizado el respeto al derecho a crecer y a desarrollarse en una familia protectora.

De ahí que en la actualidad el Objetivo General de los centros residenciales se encuentre definido como sigue:

**“Asegurar la reinserción familiar de los niños, niñas y adolescentes atendidos, mediante una atención residencial transitoria, que se desarrolla  bajo estándares mínimos de calidad.”**

La información estadística emanada de la Base de Datos de Sename indica que en un alto porcentaje, los niños/as institucionalizados en residencias de Sename, retornan a vivir con la familia biológica ya sea con sus progenitores o con su familia extensa, desde allí la importancia de mantener y fortalecer la vinculación con la familia en aquellos casos en que no es desfavorable para el niño/a. En ese contexto, la definición de un plan al respecto y el desarrollo de acciones específicas se entenderá como acercamiento familiar.

**Por tanto, el acercamiento familiar se entenderá como el conjunto de acciones, que formando parte de la estructura o etapas programáticas propias del centro residencial, tienen como propósito el egreso del niño/a hacia un espacio de vida en familia en forma permanente.**

Lo anterior, sustentado en la existencia de un trabajo de intervención familiar planificado por el centro que se desarrolla en base a potenciar vínculos sanos y que alerta sobre indicadores favorables que dan sentido al fortalecimiento de la relación entre el niño/a y los adultos significativos, justificando así los procesos destinados a la inserción familiar de un niño/a o adolescente.

Por tanto, en cada etapa del proceso de intervención residencial: ingreso, acogida, ejecución del plan de intervención, pre-egreso, egreso, se fijarán objetivos de acercamiento familiar, y serán de responsabilidad del centro para su población general propiciando desde el inicio las acciones que correspondan para mantener activos los vínculos afectivos del niño/a con la familia.

El centro residencial debe personalizar las estrategias metodológicas y optimizar las acciones en este sentido en la medida que se desarrollen los procesos. Sin embargo, desde el respeto al derecho a vivir y a desarrollarse en una familia, todos los niños, niñas y adolescentes ingresados a centros residenciales deben ser incluidos en programas de acercamiento familiar; naturalmente aquellos en que se evalúa abandono o la existencia de incompetencias crónicas e irreversibles por parte de sus progenitores, deberá asegurarse el inicio de procesos de susceptibilidad de adopción.

Como también se verifica la existencia de un porcentaje de niños/as y adolescentes con escasas posibilidades de adopción. Para estos casos es también importante resguardar el derecho a vivir en familia a través de acciones innovadoras tales como el egreso con cuidado personal con familia con la cual exista vínculo, enlace y egreso con una familia de acogida externa (sin vínculos de consanguinidad), evaluada en condiciones de idoneidad. Solo en casos excepcionales debe definirse la permanencia prolongada hasta la vida independiente en un centro residencial.

Complementario a lo señalado, y como intervenciones técnicas necesarias de realizar para asegurar adecuados procesos de reinserción familiar, el equipo de intervención de los centros residenciales debe incorporar en su quehacer lo siguiente:

* En el período de ingreso, el equipo residencial debe evaluar en profundidad la situación integral del niño/a, tener claro conocimiento de las relaciones significativas importantes para el niño/a y relevar las redes familiares en su justa ponderación.
* Debe mantener canales abiertos de expresión y escucha atenta de la opinión del niño/a y la familia y/o referentes significativos con el propósito de validarlos y establecer relaciones de confianza. La participación del usuario/a y de su familia, son sustantivos en la determinación de las acciones de acercamiento familiar a implementar.
* De evaluarse en forma positiva la incorporación de la familia, se deben generar instancias de relación entre el niño/a y la familia agilizando los tiempos de intervención mediante compromisos claros con la familia, inclusive solicitando apoyo desde el Tribunal de Familia, Art. 77 Ley 19.968.[[2]](#footnote-2)
* Profesionales/técnicos del centro residencial deben mantener acciones de acompañamiento cercano a la familia y al niño/a durante este proceso. Y de mantención de vínculos cuando no será posible el retorno del niño a su familia o el egreso bajo el cuidado de un adulto responsable

**El proceso de acercamiento familiar es de responsabilidad del recurso humano de la residencia, y/o de su programa adosado en los casos en que corresponda, y debe comenzar desde el momento del ingreso del niño/a o adolescente.**

En el proceso de evaluación diagnóstica, o profundización de la misma (según sea el caso), el equipo de intervención del centro residencial llega a certezas técnicas (que pueden inclusive fundamentar la solicitud del cambio de la medida de protección, si se encuentra un adulto responsable que pueda asumir el cuidado) relativas a las destrezas protectoras de la familia o de miembros de la familia extensa. Estas conclusiones técnicas, se configuran en elementos necesarios para los encuentros familiares, la autorización de visitas tanto de miembros de la familia a la residencia y/o del niño/a a su hogar u hogar de egreso.

La calidad del vínculo de la familia con los niños/as y su nivel y grado de preocupación, interés y afecto, puede ser conocido por el equipo de intervención residencial a través de la observación de algunos indicadores. Algunos de éstos se integran en este documento:

* La existencia de contactos regulares y periódicos denotan preocupación de parte de algún miembro de la familia. (Visitas de miembros de la familia al niño/a, llamadas telefónicas, muestras de interés y preocupación por su estado y necesidades).
* El involucramiento de la familia en la vida del niño/a en la residencia, en el Plan de Trabajo Individual y de acuerdo a ello en la participación y resolución de sus necesidades, como por ejemplo: participación en reuniones de escuela, citas médicas, agilización de acciones con las redes para concretar el re-encuentro etc.
* La familia mantiene una estructura que concibe al niño/a como un componente más que se encuentra temporalmente alejado, por tanto se considera que el niño/a pertenece al hogar familiar original, y se manifiestan intenciones de reintegrarlo, o los adultos significativos expresan intención de incluirlo/a. Ejemplos de ello se observan en situaciones como las siguientes: se mantiene al niño, niña o adolescente su espacio en el hogar familiar o se le ha preparado un lugar para recibirlo, se reservan y guardan objetos personales, se realizan acciones para agradar al niño/a, celebración de su cumpleaños, se le contacta con la familia extensa etc.
* La familia tiene claridad de que las dificultades que originaron la separación, están siendo “trabajadas” y se percibe el apoyo del centro residencial y del equipo técnico para resolver total o parcialmente las dificultades que originaron la separación.
* Particular atención merece la observación de parte del equipo técnico de la calidad de las visitas en la residencia, donde las expresiones del espacio relacional entre el niño/a y los adultos responsables (miradas, sonrisa, expresión corporal del niño o del adulto, palabras y trato) pueden dar claros indicios de los avances y proyecciones del proceso de re-unificación.

Es posible que en algunos casos uno o varios de estos indicadores se encuentren presentes desde el ingreso o se vayan desarrollando paulatinamente. La visualización de estos indicadores requiere del compartir de esta información por los equipos interventores durante todo el período de permanencia del niño/a en el centro. El sentido de colaboración y alerta es fundamental en este campo y es conveniente de trabajar en consenso para la autorización de visitas o contactos del niño/a con la familia o referentes significativos, tanto en espacios del centro residencial, como en relación a las salidas al hogar de la familia.

Además de indicadores observables y desarrollables la intervención residencial siempre debe contemplar acciones formales tendientes al acercamiento familiar tales como la evaluación de competencias parentales y protectoras de la familia, la autorización fundada de visitas de miembros de la familia al niño, niña o adolescente en el centro residencial, la autorización de salidas o visitas a la familia y/o la permanencia en períodos determinados breves o prolongados, fines de semana, vacaciones con la familia.

En relación a las responsabilidades por la protección de los niños /as en centros residenciales: el tribunal que ingresa a un NNA a una residencia le confiere a ésta su **cuidado personal**. De acuerdo a ello, el Director/a de la residencia **no requiere de la autorización del Tribunal** para los permisos de salidas de vacaciones, salidas de fines de semana en los casos en que estas salidas sean **con familia biológica y extensa**. La excepción a ello se configura cuando exista prohibición expresa, o restricción de visitas del Tribunal de Familia, como también en los casos en que las salidas se planifiquen con un tercero ajeno/a al grupo familiar. En todos estos casos, el /la directora/a del establecimiento, deberá siempre pedir la autorización del Tribunal para las salidas.

Cabe destacar que el **acercamiento familiar siempre tiene una connotación de gradualidad.** Efectivamente para que se autorice la realización de visitas[[3]](#footnote-3) a la familia durante fines de semana, o durante períodos de vacaciones, debiese haberse documentado la presencia de alguno de los indicadores explicitados anteriormente, los cuales, al cautelar la existencia de factores protectores (afecto, interés, compromiso con el niño/a, comprensión de su situación de vulneración etc.) permiten activar contactos de calidad con mayor extensión de tiempo tales como fines de semana, y luego vacaciones.

El centro residencial debe informar el estado de avance el caso cada tres meses, mediante el informe de permanencia diseñado para estos efectos, al Tribunal de Familia que decretó el ingreso, cobrando especial relevancia la información sobre las acciones de acercamiento familiar que se realizan y sus resultados y proyecciones.

Por tanto el **pre-egreso, o proceso en el cual el niño/a inicia su permanencia en la familia**, ha sido precedido de una serie de momentos en los cuales el equipo de la residencia, el niño/a y la familia, han evaluado recursos protectores, se han iniciado derivaciones para fortalecer éstos y/o iniciado procesos de intervención con los propios equipos del centro. Para ejecutar el plan de **pre-egreso, el Director/a de la residencia no necesita pedir autorización al Tribunal de Familia correspondiente,** cuando el pre egreso es con familia biológica del niño/a o adolescente. Sin embargo sí debe informar el inicio de este proceso, estipulando los plazos estimados de inicio y término, lo cual no podrá exceder a los 6 meses, período en el que se deberá solicitar el egreso definitivo al tribunal, en consideración a los avances experimentados.

De la misma forma que en el caso de la autorización para salidas a las familias, el centro residencial no **puede autorizar salidas** de niños/as o adolescentes con terceros, (sin vinculación consanguínea o familiar), sin autorización del Tribunal.

En conformidad con lo anterior, **el acercamiento familiar es conducente al egreso del centro residencial**, el cual deberá ser solicitado al Tribunal respectivo una vez ocurrida la inserción del niño/a en su medio familiar, la cual debiera acontecer en el lapso de 1 año, o en su defecto existir razones técnicas para prolongar la intervención, las cuales deben darse a conocer al Tribunal correspondiente. Por tanto el egreso a un niño, niña o adolescente tiene su fundamento en el proceso de intervención técnica realizada durante la permanencia del usuario/a en la residencia.

En relación a las condiciones básicas para el egreso, pueden mencionarse las siguientes:

1. Presencia de calidez emocional en las interacciones entre los adultos responsables y sus niños/as o adolescentes.
2. Presencia de prácticas de socialización basadas en el buen trato por las figuras adultas responsables, hacia el niño, niña o adolescente.
3. Presencia de condiciones materiales básicas.
4. Presencia de conductas responsables por parte de la familia para responder a las necesidades básicas, de salud, educación y recreación de sus niños/as o adolescentes.
5. Presencia de conductas pro-activas de los adultos pertenecientes al grupo familiar para auto-gestionar los apoyos necesarios de la red.

|  |
| --- |
| **III. SOBRE EL REGISTRO Y EL DERECHO A PAGO DE SUBVENCION DURANTE EL PROCESO DE ACERCAMIENTO FAMILIAR.** |

Se entiende que todas las acciones de acercamiento familiar (autorizaciones de visitas de la familia al centro, salidas del niño/a al hogar de la familia, vacaciones y luego permanencia del niño/a en la familia de egreso (pre-egreso), se desarrollan como parte de la intervención residencial, por ende deben ser consignadas como P (Presente), o F (Familia), dependiendo del caso.

El egreso definitivo del niño/a de la residencia debe ser autorizado por el Tribunal que ordenó su ingreso. Previo a ese momento, la residencia podrá impetrar el beneficio de la subvención aunque el niño/a se encuentre residiendo con la familia identificada, lo cual debe ser registrado con una F (Familia).

En relación al beneficio de subvención del Servicio**, ésta podrá extenderse por un tiempo máximo de (4) meses y en casos excepcionales de seis (6) meses, durante los cuales se realizarán acciones de acompañamiento técnico a la familia y al niño/a, directamente por el equipo de intervención del centro residencial, o del programa en el caso en el cual se hubiese adoptado esa determinación. Las razones para que este proceso contenga marcos temporales acotados, en lo relacionado con el traspaso de subvención, se fundamenta en lo ya expuesto, y que indica que el pre-egreso o inserción del niños/a en una familia, tiene su fundamento en procesos anteriores. Debido a ello, se estima que los casos de reinserción en la familia, con mantención de la subvención por plazos máximos de 6 meses, serán sólo en casos puntuales.**

|  |
| --- |
| B.- ORIENTACIONES TÉCNICAS RELACIONADAS CON EL SISTEMA DE VISITAS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES  |

|  |
| --- |
| **I. Antecedentes generales** |

Los centros residenciales de protección constituyen una oferta “destinada a proporcionar de forma estable a los niños/as separados de su medio familiar, alojamiento, abrigo, recreación, estimulación precoz, apoyo afectivo y psicológico, asegurando su acceso a la educación, salud y a los demás servicios que sean necesarios para su bienestar y desarrollo”[[4]](#footnote-4). Por tanto, se trata de procurar un espacio de contención y acogimiento que mantenga condiciones de vida familiar mientras se restablece o estabiliza la vida del niño/a o adolescente realizando acciones, prácticas y metodologías fundadas en la perspectiva de derechos.

La atención brindada en esta modalidad opera frente a situaciones de grave vulneración cuyas causales han determinado una medida de protección judicial, especialmente frente a la necesidad de cuidados debido a la negligencia, violencia y malos tratos[[5]](#footnote-5). Lo anterior, con el fin de hacer cumplir los principios de **excepción y transitoriedad** de la medida, la cual debe ser revisada cada tres (3) meses por el Tribunal de Familia correspondiente, en función de los informes técnicos emitidos por las residencias. En consecuencia, se espera que la protección residencial opere sólo cuando se hubiesen agotado todas las instancias de carácter ambulatorio que pudieran haber evitado la judicialización e institucionalización[[6]](#footnote-6). No obstante si se ha determinado en función del bien superior del niño/a, se deberán comenzar inmediatamente procesos de intervención y acercamiento familiar[[7]](#footnote-7) que favorezcan y devuelvan al usuario/a el derecho a vivir en familia.

El derecho de visitas y salidas es inherente y determinante para prestar un servicio residencial de calidad, de no ser así, se estaría propiciando el abandono progresivo[[8]](#footnote-8) de los niños/as, entendido como la presencia física y/o socio-afectiva intermitente, por parte de la persona con la cual el centro residencial ha determinado trabajar la reinserción familiar, situación que naturalmente afecta la estabilidad emocional del niño/a y su derecho a ser cuidado por una familia propia.

Los lineamientos aquí descritos son aplicables en todos los centros residenciales cualquiera sea su modalidad.

* Centros de diagnóstico residenciales
* Residencias para lactantes y preescolares.
* Residencias de protección para mayores.
* Residencias de protección para niños/as con discapacidad.
* Residencias de protección especializadas para niños/as en explotación sexual, en situación de calle y aquellas que pueden acoger diferentes situaciones de vulneración grave simultáneamente.

|  |
| --- |
| **II. Criterios a aplicar respecto a las visitas a los niños/as ingresados a los centros.**  |

El objetivo general con que fueron licitadas todas las residencias de protección, es: “Asegurar a niños, niñas y adolescentes el respeto a vivir y desarrollarse en una familia protectora, mediante una atención residencial transitoria, que se desarrolla bajo estándares mínimos de calidad,[[9]](#footnote-9) siendo una de las prioridades entregar un trato afectuoso y garantizar el derecho de opinar y participar, como también fortalecer la capacidad parental de la familia o adultos significativos, a través de la responsabilización y el fortalecimiento de las potencialidades y capacidades protectoras para asumir los roles de crianza y protección.

Lo anterior quiere decir que de no existir prohibición expresa de visitas del Tribunal de Familia competente (generalmente cuando se trata del agresor), los niños/as **tienen derecho a ser visitados con la mayor frecuencia posible** por sus familiares directos o adultos significativos, siendo responsabilidad del equipo técnico de la residencia propiciar y orientar dichos encuentros, habiendo detectado indicadores de bienestar y/o consultado el parecer y la opinión del niño/a o adolescente respecto de este punto.

En este mismo sentido cabe destacar, lo importante que resulta para la vida del niño/a o adolescente las visitas periódicas de sus familiares al centro residencial, en especial, su familia directa padres / madres y/o hermanos, con quienes ha compartido espacios relacionales de alta significación afectiva, de allí que asegurar y mantener un régimen de visitas personalizado y flexible sea precisamente la forma más apropiada de resguardar el equilibrio emocional y aminorar las posibles consecuencias des-adaptativas que puede originar la separación del niño/a de su ambiente habitual y por supuesto de su familia.

Como se ha dicho, la planificación de este aspecto es de carácter personalizado y por ende debe estar contenida dentro del plan de intervención individual (PII) de cada usuario/a, las visitas regulares, se entenderán como mínimo una (1) vez por semana en la misma residencia y/o en igual proporción, salidas concertadas y autorizadas por el director/a del centro o los profesionales responsables de la intervención, esto es, por o durante un día a la semana, el fin de semana, períodos de vacaciones u otras instancias que se estimen necesarias a medida que progresa el plan de intervención.

### Uno de los propósitos más relevantes de la protección residencial se refiere a la mantención de los vínculos afectivos con los adultos responsables, lo cual debe comenzar inmediatamente ocurrido el ingreso del niño/a, considerándose imprescindible en la contención emocional y en la fase de acogida explicar y concordar con el niño/a cómo serán las visitas y/o salidas. Asimismo, es en esta etapa cuando se ha de instaurar la participación de la familia concordando un sistema de visitas y salidas que debe formalizarse en un compromiso por escrito que quedará registrado en un formato especialmente diseñado para ello, el cual formará parte del plan de trabajo individual y se anexará a la carpeta personal del niño/a.

### La frecuencia de visitas deberá responder a las particularidades de cada caso, no obstante, será el equipo profesional de la residencia el que deberá encuadrar y velar para que éstas cumplan las expectativas del niño/a.

El proceso de desarrollo técnico si bien tiene particularidades e incluso podrán existir casos en que no será posible la reinserción familiar, debe contemplar la estabilización emocional del niño/a o adolescente, lo cual indudablemente pasa por estrechar lazos afectivos con alguna persona perteneciente al mundo adulto. El proceso conlleva reparar vínculos con las figuras de apego originales o establecer nuevas relaciones que sean nutricias y devuelvan al niño/a la necesidad de contar con un adulto que se hará cargo de brindarle la protección segura que requiere. Inclusive la mantención de contacto no presencial mediante, cartas, correos, llamadas telefónicas etc., debe ser propiciada mientras se resuelven las situaciones que generaron la medida de protección residencial.

Aun considerando la multiplicidad de situaciones que pueden existir al interior de una residencia, se trata de diversificar estrategias con las familias o con los adultos responsables, o en su defecto, en el porcentaje mínimo de casos en que no existe[[10]](#footnote-10) o hay restricciones para el contacto, se debe buscar una figura adulta, preferentemente de la familia extensa que sea referente calificado en cuanto a competencias protectoras, de modo que ningún niño, niña o joven permanezca sin visitas o salidas personales.

Por último, es de conocimiento que dentro de las etapas finales que cursa el proceso de atención residencial se contempla el pre-egreso, fase en la cual las visitas o salidas son más frecuentes que lo habitual o sostenidas por largos períodos, pues se trata de un período de transición, inclusive el niño/a o adolescente puede encontrarse residiendo temporalmente con sus familiares o adultos responsables hasta obtener el egreso definitivo

|  |
| --- |
| C.- LINEAMIENTOS TÉCNICOS EN CASO DE USUARIOS/AS QUE HACEN ABANDONO DE LOS CENTROS RESIDENCIALES DE DEPRODE |

|  |
| --- |
| **I.- INTRODUCCIÓN** |

La situación en la cual niño/as, o adolescentes se ausentan del centro residencial en el cual se encuentran para su protección, mueve e involucra a directivos, profesionales y técnicos de la institución que lo tienen a su cuidado como también a otros actores de la red social.

Ello por cuanto la ausencia, invariablemente representa algún grado de riesgo.

En este sentido es relevante considerar las razones por las cuales un niño/a se ausenta las cuales pueden ser variadas y complejas. Estas razones únicamente pueden ser entendidas en el contexto de sus experiencias vitales y relacionales, especialmente de las relaciones con sus padres, compañeros/as, amigos/as, miembros de sus familias, como también del personal de la residencia.

Ahora bien, la ausencia no autorizada desde la residencia, se entenderá como abandono. Sin embargo deben diferenciarse de los abandonos, aquellas situaciones en los cuales el niño/a atrasa su retorno, y lo cual también requerirá de intervenciones personalizadas tendientes al logro de la responsabilización y autonomía, dependiendo de la edad y desarrollo del niño/a.

El presente documento aportará con insumos técnicos para los casos de niños/as que hacen abandono de las residencias. Sin embargo aparece también relevante incorporar las situaciones de atrasos en retornar a la residencia. El documento contemplará lo siguiente:

* Atraso en los retornos a la residencia
* Abandono o extravío: Acciones inmediatas a adoptar

 Factores de riesgo

 Planificación para el retorno del niño/a

 Procedimientos administrativos – registro en base Senainfo

|  |
| --- |
| **II. SOBRE ATRASOS EN LOS RETORNOS DE NIÑOS/AS A LA RESIDENCIA.**  |

Comprende aquellas situaciones en que el retorno del niño/a o adolescente es posterior a la hora de retorno normal o de retorno rutinario. Esta situación de atraso de los niño/as/as en su regreso de alguna actividad fuera de la residencia puede ser en forma accidental o voluntaria.

Si la localización del niño/a es conocida por el equipo de la residencia, éste puede decidir autorizar al niño/a para permanecer en esa localización, lo cual puede ser en forma temporal o determinar su regreso.

De acuerdo a ello no es deseable que la primera respuesta del personal de la residencia ante una tardanza en retornar al hogar o ausente temporalmente, sea el realizar una denuncia de presunta desgracia a carabineros, a menos que existan presunciones para ello.

Antes de realizar una denuncia de presunta desgracia, los profesionales del establecimiento, y en consulta al/la directora del centro, deberán realizar las acciones que un padre o madre responsable adoptarían para tratar de localizar al niño/a.

Por tanto ante esta situación, en que el niño/a, niña o adolescente retrasa su ingreso al centro residencial, y ante el conocimiento de la ubicación del niño/a y de la certeza de que no existe riesgo, el centro debe:

* Si se trata de una situación accidental y no habitual debe conocer los motivos para ello y apoyar al niño/a de forma de prevenir futuras ocurrencias.
* De constituirse en una conducta habitual debe realizar acciones de intervención como equipo, de forma de entregar clara información acerca de horarios y rutinas del establecimiento, adopción de un programa de apoyo al niño/a con la entrega consistente de refuerzos sociales, compromisos del niño/a, etc.

|  |
| --- |
| **III.- SOBRE EL CASO DE ABANDONO DE LA RESIDENCIA O EXTRAVÍO**  |

Cuando la ubicación del niño/a o razones para su ausencia son desconocidos, o si debido a las circunstancias, existe presunción de que el niño/a puede estar en riesgo, la situación debe ser puesta en conocimiento dal Tribunal de Familia dentro del plazo de 24 horas. Si el niño/a se reintegra en la residencia debe ser informado en 24 horas al Tribunal para que éste deje sin efecto la orden de búsqueda.

Esta acción debe ser adoptada a la brevedad si se sospecha de riesgo para el niño/a. Carabineros categorizará la situación como *presunta desgracia* a partir de las 48 horas desde la ausencia del niño/a y se iniciarán acciones de búsqueda.

El centro residencial debe asegurar que la información acerca del extravío del niño/a es informada prontamente a los padres o referentes adultos significativos. Sin embargo es importante ejercitar esta instrucción con criterio por cuanto en ocasiones, y dependiendo de la circunstancia, la entrega de esta información puede representar riesgo para el niño, niña o adolescente.

En adición a lo anterior es importante que la institución informe al supervisor/a de Sename los casos de abandono que ocurren así como las medidas adoptadas.

|  |
| --- |
| **3.1 ACCIONES INMEDIATAS A ADOPTAR FRENTE A ABANDONO Y/O RETRASO EN RETORNO.**  |

Como se indicó anteriormente la situación en la cual no se conoce la ubicación de un niño/a requiere de acciones inmediatas, por cuanto éste podría encontrarse en algún nivel de riesgo.

A continuación se identifican algunas de las acciones a adoptar por el equipo de la residencia:

* Intentar lograr, proactivamente, la ubicación del niño/a.
* De lograrse su ubicación, adoptar acciones prontas para cautelar su seguridad.
* Evaluar los riesgos involucrados.
* Analizar las razones para la ausencia.
* Identificar estrategias para prevenir futuras ocurrencias.
* Concordar con el equipo las estrategias relativas al cómo responder al niño/a a su regreso, como también en cómo apoyar a los padres o referentes cercanos, en sus reacciones a la ausencia.

|  |
| --- |
| **3.2 EXISTENCIA DE FACTORES DE RIESGO.**  |

La evaluación de los factores de riesgo presentes en las ausencias, debe tomar en consideración lo siguiente:

* Problemas de aprendizaje, problemas de salud mental.
* Problemas de salud, particularmente aquellos que requieren atención médica cotidiana o medicamentación regular.
* Edad del niño/a.
* Antecedentes de dificultades conductuales o daños auto infringidos.
* Situaciones problemáticas en la escuela, bullying.
* Antecedentes de ausencias.
* Antecedentes de conductas infractoras de ley.
* Relaciones con grupos de amigos/as.
* Situación emocional, intereses y deseos del niño/a

Por otra parte, el equipo técnico del centro residencial debe contemplar la posibilidad de que un niño/a pudiera adoptar la determinación de abandonar el centro residencial, por alguna de las siguientes razones.

* Porestar tratando de protegerse de situaciones de abuso por parte de personas adultas.
* Puede estar tratando de protegerse de situaciones de bullying por parte de sus pares.
* Puede sentirse asustado o temeroso o no valorado.
* Puede haber sido persuadido por otros/as.
* Puede querer volver a su casa, sin sopesar los riesgos.

En la misma forma se debe prestar cuidadosa atención y se debe estar atento/as a situaciones engañosas existentes en Internet, las cuales son presentadas como atractivas y que pueden inducir a niño/as a establecer relaciones de explotación, (grooming).

Las acciones que el centro residencial adopte deben ser documentadas.

|  |
| --- |
| **3.3 CONSIDERACIONES AL RETORNO DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE.**  |

El retorno del niño/a al centro posterior a una situación de abandono debe ser objeto de una cuidadosa planificación, pudiendo en algunos casos ser necesario el cambio a otra medida alternativa. Esta determinación debe adoptarse en forma consensuada tomando en consideración la opinión del niño/a, de sus padres o referentes significativos, de los técnicos y profesionales involucrados en el caso.

El análisis del caso pudiese incorporar la pertinencia de que profesionales externos al centro residencial entrevisten al niño/a.

En todos los análisis debe haber consideración especial al bien superior del niño/a, debiendo hacerse los esfuerzos para recabar la opinión del niño, niña o adolescente, y a atender a sus necesidades integrales.

En caso de que el niño/a sea ubicado por personal del centro residencial, es de responsabilidad de éste notificar al Tribunal de Familia correspondiente mediante oficio, y a Carabineros personalmente o por teléfono, como también informar a la familia o referente significativo.

Si fuese aparente, al regreso del niño/a que ha sido víctima de delito o que pudiese encontrarse en riesgo producto de la ausencia, carabineros y el tribunal de familia deberán ser notificados de forma que se adopten las acciones de protección que correspondan.

|  |
| --- |
| **IV. SOBRE EL REGISTRO Y EL PAGO DE SUBVENCIÓN EN LAS SITUACIONES DE ABANDONO DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES DE LOS CENTROS RESIDENCIALES A LOS CUALES SE ENCUENTRAN INGRESADOS**  |

En relación al registro de información en el caso de abandono, y donde la institución no cuenta con la información del paradero del niño/a, y por ende no se realicen intervenciones, **se debe incorporar la nomenclatura A ( Ausente) en el Registro de Atención Mensual, de la base de datos Senainfo, en el cierre del mes correspondiente.**

El registro en la base de datos de la nomenclatura A (Ausente) significa que no el Servicio no efectuará traspaso de subvención a la institución colaboradora.

**De mantenerse la situación, a los 15 días de ausencia, la residencia debe solicitar el egreso del niño/a al tribunal correspondiente.**

|  |
| --- |
| D.- ASPECTOS GENERALES DEL DESARROLLO SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VULNERADOS EN SUS DERECHOS, CON NECESIDADES ESPECIALES. |

**La organización del documento es la siguiente:**

**1.- Primera Parte:** nociones generales del desarrollo sexual infanto-adolescente

1. Definiciones. Sexo, sexualidad, género y estereotipos.
2. Desarrollo sexual durante la infancia y adolescencia
3. Consideraciones sobre el acompañamiento a niños/as y adolescentes en su desarrollo sexual.
4. Curiosidad, Juegos sexuales y situaciones de abuso.
5. Consideraciones generales para programas y residencias

**2.- Segunda Parte:** sexualidad y discapacidad en la infancia y la adolescencia

1. Manifestaciones sexuales según los distintos grados de discapacidad intelectual y pautas de actuación
2. Abuso sexual y discapacidad intelectual
3. Recomendaciones generales a considerar en la intervención

|  |
| --- |
| **I.- Presentación** |

El Servicio Nacional de Menores en su política de protección a la infancia y adolescencia incorpora la atención de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y **necesidades especiales de atención (NE),** prestando servicios de protección especial específicamente en programas ambulatorios para la discapacidad (PAD) y en centros residenciales de protección para diferentes tipos y grados de discapacidad, preferentemente intelectual. (RDG-RDD-RDF). Se reconoce además la demanda de atención de niños/as vulnerados con estas características en las distintas modalidades presentes en la red de SENAME. Las principales situaciones de vulneración detectadas al ingreso, indican que los niños, niñas y adolescentes con NE son atendidos por causales que atentan a su integridad, abandono, peligro físico y moral, violencia física, sexual o psicológica.

Reconociendo al universo de niños/as y adolescentes con discapacidad, particularmente expuesto a sufrir situaciones de vulneración como las descritas más arriba y acogiendo los postulados de la **Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CPD)[[11]](#footnote-11)** que establece directrices contra la explotación, violencia y abuso, destinadas a la adopción de todas las medidas pertinentes para impedir estas situaciones de vulneración grave, tratando de asegurar, entre otras cosas que “existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad de las personas con discapacidad y consideren a sus familiares y cuidadores, (incluso) **proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir”** (Artículo Nº 16 punto 2.); el presente documento aspira a contribuir con orientaciones generales acerca del desarrollo de la sexualidad en niños/as y adolescentes y también algunas consideraciones relativas a la discapacidad intelectual y el abuso sexual que son también aplicables en mayor o menor medida a cualquier niño/a o adolescente que presente algún otro tipo de discapacidad, haciendo los ajustes razonables[[12]](#footnote-12) a su particular realidad.

Por otra parte, es importante insistir en que la citada Convención permite guiar las intervenciones en temas de protección y prevención de niños/as y jóvenes con NE, instalando la necesidad de derribar las “barreras que puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Preámbulo, letra e). Específicamente, en cuanto protección contra la explotación y el abuso se pone de manifiesto la situación de mayor vulnerabilidad en que se encuentran los niños/as y adolescentes con discapacidad y más aún “las niñas con discapacidad que suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación” *(Preámbulo letra q*). En consecuencia, el texto sobre abuso sexual aborda situaciones complejas surgidas del desarrollo de la sexualidad, así como situaciones en las que características tales como la discapacidad puedan incidir en la atención de esta problemática.

El texto desarrolla en su primera parte del documento las nociones generales del desarrollo sexual infanto-adolescente, identificando tanto aquellos aspectos considerados normales, como aquellos que debieran demandar nuestra atención o incluso la solicitud de una intervención más especializada. Junto con ello, establece algunas sugerencias acerca del modo de abordaje formativo[[13]](#footnote-13) en sexualidad en distintos momentos del desarrollo infanto-adolescente, lo cual es de utilidad como guía observable de comportamientos infantiles o juveniles que se encuentren en proceso de desarrollo psico-sexual e intervención en la red de SENAME.

En lasegunda parte del texto se trata específicamente la problemática del “Abuso Sexual y Discapacidad Intelectual” como un primer esfuerzo en miras a orientar a los diversos programas de la red de colaboradores que ejecutan proyectos residenciales o ambulatorios, cuando detectan situaciones de este tipo o ya cuentan con casos que requieren protección e intervención especializada en la materia. Esta visión focalizada se aborda precisamente por la urgencia de abrir el tema de la sexualidad y discapacidad, reconociendo la importancia de que sea abordada como un derecho vital de este grupo humano y particularmente de aquellos niños/as y jóvenes con necesidades especiales de atención asociadas a discapacidad intelectual por ser una población objetivo vulnerable al abuso que representa un porcentaje significativo dentro de la oferta Sename.

Finalmente, cabe destacar que la sexualidad es una dimensión amplia y vital en sí misma, más aún cuando se encuentra asociada a niños, niñas y adolescentes con NE donde los derechos que giran en torno a su desarrollo sexual tiene muchas aristas controvertidas que aún se encuentran invisibilizadas, motivo por el cual la Convención las pone de manifiesto para que sean respetadas, es así como señala expresamente libertades fundamentales acerca de: derechos reproductivos, mantención de la fertilidad, planificación familiar, asistencia para la crianza de sus bebés, voluntad de contraer matrimonio, respeto de la privacidad etc. Naturalmente quedan diversas áreas por profundizar respecto de la sexualidad en niños/as y adolescentes, lo cual se presenta como desafíos de trabajo a futuro. Para responder a ellas, se espera elaborar un documento posterior, recurriendo a distintas fuentes especializadas que pueden iluminar acerca del desarrollo sexual y sus dilemas en los distintos contextos y etapas del desarrollo, incluidas las distinciones de género, entre otras, de modo de integrar en las intervenciones elementos que las hagan más pertinentes e integrales a las necesidades implícitas en un desarrollo sano de la sexualidad en niños/as con discapacidad.

|  |
| --- |
| **1.-Primera Parte: nociones generales del desarrollo sexual y adolescente** |

## 1.1- Definiciones. Sexo, sexualidad, género y estereotipos.

*Sexo* refiere a una clasificación de los seres humanos en hombres y mujeres, a partir de una distinción biológica.

*Sexualidad*, habla de las relaciones que las personas establecen entre si y con el mundo “por el hecho de ser sexuados”. Ello considera aspectos como el conocimiento de nuestros cuerpos y el modo en que funcionan; nuestra identidad de género; nuestra orientación sexual; nuestros valores sobre la vida y las personas, nuestro instinto de reproducción y conservación, nuestra necesidad de amar y ser amados, nuestro erotismo o la necesidad de expresar afecto y placer en contacto físico con otra persona, nuestro sentido de familia y cuidado de los hijos/as, entre otros. De este modo, influye de manera central en nuestras vidas y nuestra relación con el mundo.

El *género*, en tanto, habla del “Conjunto de características culturalmente específicas que identifican el comportamiento social de mujeres y hombres y la relación entre ellos. El género, por lo tanto, no se refiere simplemente a mujeres u hombres, sino a la relación entre ellos, y a la forma en que ésta se establece socialmente. Debido a que es una expresión relacional, el género debe incluir a mujeres y hombres”[[14]](#footnote-14).

Por último, al referirnos a *estereotipos,* se trata de ideas simplificadas, pero fuertemente asumidas, sobre las características de los hombres y de las mujeres[[15]](#footnote-15). Los estereotipos de género de los hombres los suelen mostrar cómo: fuertes, activos, independientes, valientes, racionales; y a las mujeres como: dependientes, pasivas, temerosas, débiles, sentimentales[[16]](#footnote-16).

De este modo, al hablar de hombres y mujeres y su sexualidad, se supera la idea de la sola reproducción, para relacionarse con aspectos como la autoestima, el placer, la conformación de identidad como hombres y mujeres, la atribución de conductas esperadas para unos y otras, la construcción de proyectos de vida, etc.

Este proceso de reconocimiento y diferenciación no es exclusivo de la adolescencia, sino que incluso se puede señalar que parte antes de nacer, en el conjunto de expectativas que se tienen de hombres y mujeres como seres sexuados, y que se transmite en nuestra relación con el mundo desde el nacimiento, pues se trata de una dimensión humana ligada a los valores, convicciones personales, cosmovisiones proporcionadas por el acervo cultural, el origen étnico, religioso, entre muchas variable que acompañan el desarrollo en la infancia y adolescencia.

## 1.2.- Desarrollo sexual durante la infancia y adolescencia

La sexualidad es un pilar en la construcción de nuestra propia persona; y el sexo, además de tener un carácter placentero y de indiscutible papel en la conservación de la especie humana, involucra una dimensión psicológica vital, de ser queridos y reconocidos por el otro, de ser acariciados y de acariciar, de pertenecer a una familia a un grupo, que nos proyecte más allá de nosotros/as mismos. Nos remite también a avanzar hacia una dimensión ética y espiritual.

Entre la diversa literatura abocada a esta temática, **S. Freud y otros psicoanalistas** frecuentemente han sido tomados como una importante referencia. De acuerdo a sus planteamientos, los niños/as nacen con una energía sexual o libido, que se constituye un motor interno en busca del placer o gratificación, esta corriente va cursando fases auto-referentes ligadas a determinadas zonas del cuerpo y son:

**Fase Oral** (0-1 año). Constituida por la boca, el seno materno y el instinto de succión, que permite al niño/a satisfacer su necesidad de alimento, afecto y bienestar.

**Fase Anal** (2 a 3 años). En la cual el niño/a centra su atención en el control de esfínteres, las zonas gratificantes se refieren principalmente a evacuación y contención de la región anal y del sistema urinario. Alrededor de los 2 años existe curiosidad acerca de las partes de su propio cuerpo. A los tres años surge curiosidad por las diferencias de los sexos, se pasa a un proceso de identificación sexual, aparece el pudor. Se imitan roles sexuales asociados al género.

**Fase Fálica** (3 a 4 años). En este período el niño/a descubre el placer erótico en la manipulación de sus órganos genitales, aparece también el complejo de Edipo o Electra[[17]](#footnote-17), el niño/a se siente enamorado/a de su padre o madre y siente al otro progenitor como un rival que obstaculiza sus deseos.

**Fase de** **Latencia** (4 –5 años, hasta la llegada de la pubertad). Este período, como su nombre lo dice, es un paréntesis o un período de calma en los impulsos sexuales, las energías vitales se canalizan de preferencia hacia las actividades del mundo social, escolar, de aprendizaje, deportivas, etc. Se desarrollan sentimientos interpersonales, apareciendo las simpatías y antipatías según si se hace o no lo que ellos/as quieren. Sus emociones y sentimientos se caracterizan por ser fugaces e intensos.

También, es frecuente la existencia de los amigos imaginarios, que surgen de la fusión entre la realidad y la fantasía propia de la etapa. Esto ocurre alrededor de los tres o cuatro años, desapareciendo con el ingreso al colegio.

En esta etapa .el niño/a aprende las costumbres socioculturales de su entorno. y es capaz de reconocer aspectos deseables o indeseables de las personas y en sí mismo.

**Fase de Madurez Genital** (13 - 15 años, hasta la edadadulta). Con la llegada de la pubertad, rebrota con fuerza el desarrollo sexual con todas sus implicancias biológicas y psicológicas, se presenta gran impulsividad, en ocasiones con pérdida del control de la conducta y deterioro del rendimiento escolar.

El adolescente tiende al aislamiento y a la reflexión, aparece la masturbación en conjunto con los sueños y las fantasías sexuales, es frecuente que exista la duda homosexual, hay hipersensibilidad y labilidad emocional. Se establecen amistades íntimas. Comienzan sus primeras relaciones de pareja, planteándose la dicotomía entre amor y sexo, y el amor platónico. Parece ser que la fantasía, en el marco de la adolescencia, cumple varios cometidos: realza por lo general el placer de la actividad sexual; puede sustituir a una experiencia real (pero inasequible); origina excitación o provoca el orgasmo; constituye una especie de plataforma de ensayo mental de cara a ulteriores situaciones sexuales y, en fin, supone un medio de experimentación sexual controlable para el o la adolescente, constituye una ejercitación que le ayudará a desempeñarse sexualmente en fases posteriores, de este modo, se avanza hacia el desarrollo de la sexualidad adulta, habitualmente de orientación heterosexual, no obstante, queda de manifiesto que el proceso no está exento de conflictos y desconciertos en esta materia.

**E. Erikson** aportó también una explicación que incorpora la influencia del entorno social sobre el desarrollo sexual. Donde todo individuo debería cruzar o resolver crisis antagónicas a lo largo de su vida. Durante la infancia y la adolescencia se cursarían 5 crisis vitales:

**1ª Crisis. Confianza frente a desconfianza, (12 a 18 meses)**. Los niños/as pequeños se ven enfrentados al mundo que les rodea experimentando sistemáticamente el dilema de fiarse o no en sus figuras de apego, en esta etapa, el asunto es cómo mantener la seguridad que le brindan las figuras representativas, es decir, de aquellos/as que lo o la proveen del bienestar afectivo y material necesario para su cuidado y protección.

**2ª Crisis. Autonomía frente a vergüenza y duda, (18 meses a 3 años).** Progresivamente el niño/a de esta edad ha respondido a los estímulos que lo convocan a la exploración del entorno, la cuestión consiste en resolver la duda que surge por saber cuáles son los límites permitidos para ello y la vergüenza que se deriva desde lo que puedo o no puedo hacer, lo que es correcto y lo que es incorrecto en relación al medio en que se encuentra.

**3ª Crisis. Iniciativa frente a culpa. (3 a 6 años).** A medida que aumentan las capacidades exploratorias en el medio que les rodea, los niños/as en edad pre-escolar se involucran en diversas actividades fruto de su empuje e interés, en ocasiones sin medir consecuencias. Los sentimientos de culpa surgen como parte de la trasgresión al control que ejercen los adultos tratando de regular el sentido de responsabilidad frente a sus actos. El quid del asunto es cómo equilibrar la pro-actividad infantil, sin efectuar una represión que desarrolle sentimientos de culpa desmesurados en el niño/a frente a sus acciones.

**4ª Crisis: Laboriosidad frente a Inferioridad. (6 a 12 años)** Esta crisis se inicia con la llegada del niño/a al colegio, su círculo de relaciones y demandas se ha ampliado notoriamente, aparece entonces, un coexistir marcado por una gran productividad y desafíos que se espera sean reconocidos por los pares o adultos con mayores competencias, este conflicto trae aparejado sentimientos de inseguridad e inferioridad que surgen en esta dinámica de relaciones interpersonales con la familia y la escuela. Los niños/as han de sortear este escollo, intentando conformar una autoestima y auto-concepto propios y admisibles a la sociedad en que viven.

**5ª Crisis: Identidad frente a confusión de roles. (12 a 18 años)** Cuando hace su aparición la pubertad, el niño/a paulatinamente va dejando atrás su niñez y empieza un arduo trabajo por definirse a sí mismo, en esta búsqueda de “quién soy yo”, el adolescente entra en conflicto con respecto a los roles de desempeño interpersonal que le atañen, tiene que adscribirse, optar y decidir una postura, de cara a su círculo familiar y social.

## 1.3.- Características del desarrollo sexual y consideraciones formativas

Los planteamientos anteriores sobre el desarrollo psico-sexual, amplían la mirada fisiológica, poniendo en evidencia todo lo relacionado con los afectos, la comunicación, el amor, la corporalidad, las creencias, las emociones y los sentimientos; lo que pensamos sobre nosotros mismos, cómo nos relacionamos y cómo vemos a los demás.

Las siguientes tablas identifican algunos aspectos centrales, esperables y normales en el desarrollo sexual durante la infancia y adolescencia, señalando aspectos básicos a atender en cada etapa, a fin de favorecer el curso del desarrollo. Están organizadas en cuatro tramos de edad: 0 a 4 años, 4 a 6 años, 7 a 12 años, y el período de adolescencia de 13 a 18 años. Estos tramos son ordenamientos generales, pero flexibles, lo que significa que no necesariamente cada niño/a o adolescente debe ajustarse rígidamente a lo establecido para cada uno de ellos.[[18]](#footnote-18)

**Desde los 0 a los 4 años**

|  |  |
| --- | --- |
| **Características del desarrollo de la sexualidad** | **Aspectos a atender** |
| * + Placer asociado principalmente al contacto físico (lactancia, cariños, baños, mimos y otras formas de acercamiento e intimidad)
	+ Autoexploración, contacto con genitales, principalmente solo/a
 | * Otorgar espacios de intimidad en que se otorgue un contacto físico y verbal afectuoso, que de sensación de reconocimiento, seguridad y aceptación.
* Asumir y mostrar naturalidad frente a conductas de autoexploración.
* Enseñar conductas de auto–protección[[19]](#footnote-19) preventivamente como por ejemplo: quien o quienes pueden tocar sus genitales, familiarizar al niño/a con denominaciones correctas respecto de los órganos genitales, etc.
 |

**Desde los 4 a los 6 años**

|  |  |
| --- | --- |
| **Características del desarrollo de la sexualidad** | **Aspectos a atender** |
| * + Inicio de preguntas sobre diferencias sexuales, reproducción y vida sexual.
	+ Se mantienen conductas auto-eróticas.
	+ “Enamoramiento” de figuras adultas (padres, profesores/as, “tías/tíos” de trato directo).
 | * Responder con confianza, de manera cierta, natural, consistente y de una forma que los niños/as puedan entender de manera concreta, las preguntas que se les realicen.
* Prestar atención a sentimientos y situaciones que pueden haber motivado las preguntas recibidas, y las respuestas que los propios niños tienen o imaginan.
* Formular preguntas previas a responder es recomendable.
* Encauzar las conductas autoeróticas como acciones propias de la intimidad, para momentos y espacios particulares, en que no se vea afectada la intimidad de los otros.
* Frente a “enamoramientos”, mostrar la diferencia entre ser niño/a y adulto/a. Evitar el uso de términos como “mi hombrecito”, “mi mujercita” o similares que hagan suponer reciprocidad.
* Enseñar conductas de auto–protección preventivas como por ejemplo: quien o quienes pueden tocar sus genitales, familiarizar al niño/a con denominaciones correctas respecto de los órganos genitales, orientar respecto a conductas apropiadas o inapropiadas del adulto etc.
 |

**De los 7 a los 12 años**

|  |  |
| --- | --- |
| **Características del desarrollo de la sexualidad** | **Aspectos a atender** |
| * Curiosidad sexual está más perfilada. Mayor nivel de profundidad y abstracción en la búsqueda de respuestas a consultas.
* Enamoramiento de figuras adultas o juveniles.
* Inicio de juegos, vocabulario e historias con contenidos sexuales.
* Asimilación de estereotipos sexuales.
* Exhibición y comparación de órganos sexuales.
	+ Se mantienen conductas autoeróticas.
 | * Responder con veracidad. En caso de dudas, es mejor admitir que no se sabe a entregar respuestas erradas.
* Coherencia entre las conversaciones y las prácticas con los niños/as, como intervención que promueve el fortalecimiento de criterios.
* Clave: formación de criterios (respeto, igualdad de género, intimidad, abordaje de prácticas y sensaciones que puedan generar tensión).
* Observar presencia de historias que hagan referencia a relación con adultos/as así como la incitación de historias desde adultos/as.
* Frente a los estereotipos sexuales, promover que las diferencias no necesariamente constituyen desigualdades. Promover la intimidad como espacio de ejercicio de conductas autoeróticas, en la medida que además no afecten a otros/as.
* Enseñar conductas de auto–protección preventivas como por ejemplo: reconocer conductas de abuso o violencia, orientar respecto a conductas apropiadas o inapropiadas del adulto, conocer y respetar aspectos de la vida relativos a la privacidad, etc.
 |

**Durante la adolescencia**

Aparición de características sexuales secundarias, tales como:

|  |  |
| --- | --- |
| **Hombres** | **Mujeres** |
| * + Desarrollo muscular
	+ Aumento de estatura
	+ Vello púbico, facial y en otras partes del cuerpo
	+ ensanchamiento de tórax y hombros
	+ crecimiento del pene y testículos
	+ cambio de voz
	+ Eyaculaciones nocturnas
 | * + Desarrollo de los senos
	+ estatura menor que el hombre
	+ Vello púbico
	+ Ensanchamiento de caderas
	+ Desarrollo de grasa en glúteos y muslos
	+ Menstruación
 |

Es importante entender que estas características son generalizaciones, y en ningún caso pretender establecer un curso predefinido en términos, por ejemplo, de edad de inicio y tiempos para su desarrollo.

|  |  |
| --- | --- |
| **Características del desarrollo de la sexualidad** | **Aspectos a atender[[20]](#footnote-20)** |
| * Desarrollo de capacidad reproductiva
* Pensamiento más abstracto; búsqueda de comprensiones sobre sí mismos, sus relaciones y proyecciones en la vida
* Afirmación a través de la pertenencia e identificación con grupo de pares. Presencia de conductas de riesgo como “desafíos”. El grupo de pares aparece como referente frente a consultas sobre sexualidad, ante insatisfacción y/o desconfianza en el mundo adulto.
* Fuerte presencia de la temática sexual en las relaciones, conversaciones y fantasías.
* Preguntas e inseguridades asociadas al cuerpo.
* Idealización del amor.
 | * Favorecer el reconocimiento y percepción de riesgo. Abordar críticamente la percepción y experiencia de riesgo como situación atractiva.
* Atender con especial preocupación riesgos de embarazo adolescente, VIH y enfermedades de transmisión sexual (ETS).
* Reflexionar y anticiparse a los ideales románticos, atendiendo además a la búsqueda de parejas cronológicamente asimétricas.
* Fomentar la autoestima.
* Ofrecer y adiestrar en habilidades sociales: capacidad de decir sí y no.
* Enseñar conductas de auto–protección preventivas como por ejemplo: saber evaluar y reconocer secretos que se deben guardar de aquellos que esconden conductas abusivas, discriminar maneras asertivas de responder frente a riesgos de abuso sexual o violencia, orientar respecto a conductas apropiadas o inapropiadas del adulto, conocer y respetar aspectos de la vida relativos a la privacidad, conocer medidas de cuidado de la salud sexual y reproducción etc.
* Educar sobre la prevención y el control de riesgos en situaciones propias o de los otros/as pares o adultos.
 |

## 1.4.- Curiosidad, Juegos sexuales y situaciones de abuso

Ya se ha comentado que la curiosidad y exploración acompañan el desarrollo sexual desde la primera infancia, presentándose en distintos momentos una serie de prácticas; en un inicio pueden ser de autoexploración o auto-eróticas, para pasar luego a incorporar a otros. Tal es el caso de “jugar al doctor” o al “papá y a la mamá”.

La curiosidad también se presenta en la forma de múltiples preguntas, cuyo nivel de respuesta deberá adecuarse a las posibilidades de comprensión de quienes consultan.

Veracidad, claridad, sencillez, coherencia, ausencia de vergüenza y entrega de respuestas de manera oportuna. Estos aspectos serán importantes de considerar en la relación con los niños/as y adolescentes transversalmente a su etapa del desarrollo. Considerar que si bien los niños/as con discapacidad pueden tener dificultades para comunicar, identificar, responder o interpretar emociones y sentimientos implícitos en esta temática es importante conseguir canalizar mediante diferentes estrategias la expresión de sus dudas, intereses o preocupaciones de índole sexual que les surjan.

Además, es importante considerar que si el adulto no se sabe la respuesta, es mejor reconocerlo que intentar inventar una respuesta falsa, incoherente, que no asegure información satisfactoria para el niño/a o implique perder la confianza que pudo haberse ganado a lo largo de la relación con cada niño/a y adolescente. De hecho, en caso de no saber una respuesta, una buena iniciativa puede ser buscar la respuesta juntos/as.

Sin duda, la curiosidad y los juegos deben entenderse como algo propio del desarrollo. Sin embargo, existen algunas condiciones en que estos juegos y curiosidad pueden desarrollarse de manera inapropiada o merecerán nuestra atención e intervención. Tal es el caso de los juegos:

|  |
| --- |
| * En que se presentan **diferencias importantes de edad.**
* En que se ofrecen **premios**
* En que se ofrecen **promesas**
* En que se realizan **amenazas**
* En que se pide mantener **secretos**
 |

El abordaje de cada una de estas situaciones debe ser intervenida en caso de presentarse, y además deben ser consideradas como claros ejemplos para orientar el desarrollo de estrategias preventivas de abuso.

En este sentido, la Asociación Americana de Educación Sexual (1994) establece una calificación de las conductas sexuales para pre-púberes (0 a 12 años) y pospúberes (13 a 18 años), entre aquellas consideradas *normales*, aquellas que *requieren una respuesta de los adultos*, y las que *requieren de acciones correctivas*, distinguiendo además las que requerirían de una intervención profesional y/o judicial[[21]](#footnote-21)

Las tablas de las páginas siguientes presentan de manera esquemática esta calificación:

1. **En pre-púberes (0 a 12 años)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Conductas sexuales Normales** | **Conductas que requieren una respuesta de los adultos** | **Conductas que requieren corrección** |
| Conversaciones sobre los genitales o la reproducción con niños de la misma edad.Mostrarse genitales con niños de la misma edad.Jugar “al doctor”.Masturbación ocasional sin penetración.Comportamientos imitando la seducción.Uso de garabatos o groserías entre grupo de pares. | Preocupación por los temas sexuales (especialmente por la agresividad sexual)Intentos por exponer los genitales de otros/as.Conversaciones explícitamente sexuales con otros niños.Grafitis o dibujos sexuales.Ridiculización Sexual de otros niños.Conocimiento sexual precoz.Recurrir en solitario a pornografía, la exhibición u otros intereses similares.Preocupación por la masturbación.Masturbación en pareja o en grupo.Simulación de juegos sexuales con muñecas o iguales. | Conversaciones explícitamente sexuales con niños de edad, significativamente mayor.Tocamiento de los genitales de otro sin su permiso.Humillación o degradación de sí mismo o de otros por razones sexuales.Inducción de miedo o de amenazas.Proposiciones sexuales o amenazas incluso con notas escritas.Repetido acceso a la pornografía, exhibicionismo o similares.Masturbación compulsiva.Masturbación que conlleva penetración anal o vaginal.Simulación de coito con muñecas, animales u otros niños con ropa puesta. |

|  |
| --- |
| **Conductas problemáticas que requerirían de intervención profesional** |
| * Penetración oral, vaginal o anal de muñecas, niños o animales
* Se fuerza la exposición de genitales de otros.
* Simulación de coito con otros/as niños/as desnudos/as.
* Cualquier herida genital que no se explique por un accidente casual.
 |

**b) En Pospúberes (13 a 18 años)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Conductas sexuales Normales** | **Conductas que requieren una respuesta de los adultos** | **Conductas que requieren corrección** |
| Conversaciones sexuales explícitas con compañerosJuegos o bromas con grupo de paresCortejo o flirteo sexualMasturbación en solitarioInterés en contenidos eróticosBesos, abrazos o ir de la manoComportamientos sexuales explícitosMasturbación mutuaCoito monógamo estable o seriado. | Ansiedad o preocupaciones sexuales que interfieren en el comportamiento diario.Interés por la pornografía.Coitos poligámicos o promiscuidad.Interés por temas o personas agresivamente sexuales.Grafitis o dibujos sexuales.Humillación de otros por motivos sexuales.Violación del espacio corporal, empujando o tocando.Episodios sueltos de tocamientos, exhibicionismo con compañeros/as conocidos/as.Posturas obscenas. | Masturbación compulsiva, especialmente si es crónica o en público.Humillación o degradación de si mismo o de otros por razones sexuales.Intento de exposición de genitales de otros/as.Interés crónico por pornografía sádica.Conversaciones sexualmente explícitas con niños mucho más pequeños.Tocamiento de los genitales de otro sin su permiso.Amenazas explícitamente sexuales, verbales o escritas.  |

|  |
| --- |
| **Conductas que requerirán de intervención profesional y/o de acciones judiciales** |
| * Llamadas obscenas, voyerismo, exhibicionismo, frotamientos
* Contactos sexuales con niños/as significativamente más pequeños/as
* Contactos sexuales forzados
* Penetraciones sexuales forzadas, violación
* Contactos sexuales con animales
* Provocación de heridas genitales a otros/as
 |

***1.5- Consideraciones generales para programas y residencias***

Todos los seres humanos somos seres sexuados desde nuestro nacimiento. Incluso desde antes de nacer se presentan una serie de expectativas sobre nuestro futuro y desarrollo como hombres y mujeres.

Como seres sexuados, nuestro ser hombres o mujeres se manifiesta en cada uno de nuestros espacios relacionales de convivencia, y a lo largo de todo nuestro desarrollo, desde la primera infancia y hasta la vejez, siendo parte constitutiva de la vida. La sexualidad sana favorece la interacción, produce gozo y estimula la comunicación, permite canalizar sentimientos y emociones, todas necesidades importantes en la vida de cada persona que irán conformando su conducta sexual dentro del contexto social en que vive. En ese marco tendrá influencia de la cultura, de la familia, de la concepción aportada por sus educadores, de sus experiencias vitales, de aquellas derivadas de su condición de género, etc. lo que en conjunto configurará normas de conducta, límites y posibilidades para su desarrollo.

Las residencias de protección y las familias pueden se entendidas como espacios de convivencia, que resultan lugares claves en la manifestación y desarrollo de la sexualidad de niños, niñas y adolescentes. Del mismo modo, son espacios fundamentales para la implementación de estrategias formativas y preventivas, en particular es la familia la responsable de este aspecto, no obstante debe ser apoyada en la formación de la sexualidad para el desempeño responsable de la crianza de sus hijos/as, este rol igualmente relevante ha de ser efectuado en espacios de internación, puesto que son identificados como lugares donde pueden presentarse un importante grupo de riesgo de conductas abusivas de carácter sexual.[[22]](#footnote-22)

Efectivamente, la niñez y adolescencia están marcadas por la creciente curiosidad y la búsqueda de respuestas respecto de su sexualidad. Ante ellas, la necesidad de responder de manera adecuada trasciende el conocimiento sobre lo biológico-reproductivo, para apuntar a un proceso formativo que incide en el desarrollo de la autoestima, la responsabilidad, la protección personal, el control de impulsos y la resolución de conflictos, el respeto a la intimidad, la prevención de situaciones de abuso u otras situaciones de riesgo, el desarrollo de relaciones afectivas sanas, etc.

La relevancia del tema pone a los equipos de los programas y de las residencias en especial en un lugar de responsabilidad clave, lo que conlleva el deber de responder a consultas de los usuarios/as y a actuar frente a las prácticas que se observan, tanto de los niños, niñas y/o adolescentes, como de sus familias o referentes significativos. Como señala la Secretaría de Educación Pública de México, “hay que hablar con verdad de los temas sexuales, de esos temas que en el pasado parecían intocables, porque niños y adolescentes tienen la necesidad de conocer sus cuerpos para proteger su salud, para ponerse a salvo de abusos, para resolver sus dudas y temores, para relacionarse con los demás y para desarrollarse plenamente”[[23]](#footnote-23).

“Hablar con verdad”, implica el abandono de posturas extremas de represión o de permisividad, de restringir la sexualidad a la reproducción humana, o banalizarla dejándola desprovista de su importante carga emocional- afectiva, racional e incluso ética, implica reconocer los derechos asociados a la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad como por ejemplo: acceso a la información, educación sobre reproducción y planificación familiar, mantención de la fertilidad, derecho a contraer matrimonio, etc.

Tratar los asuntos referidos a la sexualidad de los niños/as y adolescentes con discapacidad con transparencia significa hacer los esfuerzos necesarios para apuntar a abordar de manera seria e integral, y de acuerdo a las capacidades de comprensión y desarrollo de nuestros interlocutores, en este caso niños/as y adolescentes con necesidades especiales de cualquier tipo, sus consultas, demandas y necesidades, proporcionando las vías adecuadas para garantizarles el derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho ( Artículo Nº 7 CPD Niños y Niñas con discapacidad, punto 3.).

#

# 2. Segunda Parte: sexualidad y discapacidad en la infancia y la adolescencia

Se ha constatado la emergencia de abordar el tema: “sexualidad y discapacidad” en los centros residenciales y programas de Sename, este documento recoge esa preocupación vista como una problemática poco conocida y trabajada en su verdadera importancia. Por una parte se reconocen los miedos, los prejuicios y la falta de información de los adultos acerca del cómo abordar esta dimensión en niños/as y adolescentes con necesidades especiales, y, por otro lado, se detectan en la red de Sename situaciones de abuso sexual como vulneraciones presentes en este grupo de niños/as.

Generalmente, se cree que los discapacitados/as son personas asexuadas, niños/as por siempre, que no podrían experimentan placer sexual, que no deben casarse o que podrían hacerlo de manera protegida sólo entre ellos, que no pueden experimentar orgasmos, ni menos tomar decisiones sobre sus derechos reproductivos, más aún, se piensa que el comportamiento sexual es inapropiado, exacerbado y en ocasiones se tiende a catalogarlo o asociarlo a enfermedades psiquiátricas.

Algunos estudios reconocen el desarrollo sexual de los niños/as y adolescentes con necesidades especiales prácticamente igual a los denominados “normales”, pero, en muchos casos reprimido, con mayores necesidades de atención, orientación y encauce. Mantener el tema invisibilizado y centrar los esfuerzos en aspectos del desarrollo cognitivo o de rehabilitación como ocurre habitualmente, implica desestimar oportunidades de educar verdaderamente la sexualidad infantil y adolescente como es debido, no obstante la necesidad permanece y se agudiza en el período de la adolescencia cuando se presentan situaciones de embarazo no deseado o de abuso sexual.

Lo esencial es comprender que la sexualidad es un derecho que debe ser respetado y validado en todo niño/a y adolescente con necesidades especiales porque requieren de apoyos y cuidados especiales que los preparen y les permitan vivir una vida saludable y grata en este aspecto tan vital para la existencia humana.

A continuación, se focaliza en la sexualidad y la discapacidad mental, entendido como un aporte específico a este sub-grupo presente en los proyectos, pues tienen derecho a una formación aportadora, a estar informados y a asumir su sexualidad apoyados/as en el cuidado cariñoso de su familia o de sus cuidadores cuando no ha existido otra posibilidad de protección. Se trata además, de estimular la reflexión, el análisis y las propuestas operativas de quienes interactúan e influyen en la vida de los niños/as y adolescentes, de manera que ayuden a un manejo adecuado del comportamiento sexual en los niños/as y adolescentes con capacidades diferentes.

## 2.1.- Manifestaciones sexuales según grados de discapacidad intelectual y pautas de actuación

Las siguientes tablas muestran las manifestaciones del desarrollo sexual en población con distintos grados de discapacidad intelectual, identificando para cada grado algunas pautas de acción generales recomendables para su abordaje.

1. **Discapacidad Mental Leve**

|  |
| --- |
| ***Manifestaciones sexuales*** |
| * Sus manifestaciones se pueden considerar dentro de la normalidad, siguiendo su mismo desarrollo aunque de forma más lenta o dis-armónica.
 |
| * Este nivel intelectual les hace bastante receptores de la información de su entorno (TV, revistas, conversaciones).
 |
| * Son susceptibles de adquirir capacidad de autocontrol y regulación de sus conductas.
 |
| * Es el grupo donde podemos encontrar una mayor variabilidad en sus manifestaciones, en función de sus propias características individuales y experiencias.
 |
| * Sus expresiones sexuales suelen ser bastantes normalizadas, con una orientación bien definida (besos, caricias, coqueteos).
 |
| * Necesitan relaciones interpersonales, cubriendo así sus necesidades sexuales en un ámbito más amplio: la afectividad.
 |
| ***Pautas de actuación*** |
| * Sus características hacen necesario que la sexualidad responsable ocupe un papel importante.
 |
| * Las orientaciones deben exponerse de forma clara y sencilla, teniendo en cuenta su edad, nivel comprensivo y partiendo de sus ideas, necesidades e inquietudes.
 |

 **b) Discapacidad mental moderada**

|  |
| --- |
| ***Manifestaciones sexuales*** |
| * Responden favorablemente al desarrollo de habilidades concretas, son educables en diferentes áreas, pudiéndose entrenar fácilmente hábitos correctos, así como aprender sobre sus cuerpos, deseos y sentimientos.
 |
| * Gran parte de las conductas que manifiestan son más producto de la imitación que de la iniciativa propia.
 |
| * Sus manifestaciones más frecuentes son la masturbación y manipulación de genitales a otros y por parte de otros.
 |
| * Sus relaciones pueden ser homosexuales o heterosexuales, dependiendo en gran medida de sus experiencias y circunstancias ambientales.
 |
| ***Pautas de actuación*** |
| * Encaminar el aprendizaje de una serie de comportamientos y de hábitos que permitan su posterior integración.
 |
| * La intervención debe ser clara, realista, exponiendo contenidos a un ritmo lento y de forma recurrente, partiendo de los conceptos erróneos y de sus propias inquietudes.
 |
| * Diferenciación entre: público/privado, apropiado/inapropiado.
 |
| * Dar orientaciones y normas claras para evitar el abuso sexual (por ejemplo, entrenamiento en habilidades de auto-cuidado[[24]](#footnote-24), seguridad personal, orientadas a distinguir tipos de caricias, vocabulario, acercamientos amenazantes, acciones a seguir frente a situaciones de abuso, maltrato o amenaza[[25]](#footnote-25))
 |

**c) Discapacidad mental severa**

|  |
| --- |
| ***Manifestaciones sexuales*** |
| La actividad sexual espontánea es auto-erótica, siendo frecuente además la utilización de objetos (juguetes, paredes, suelo, colchonetas) adecuados o inadecuados y de compañeros (manos, pies) para su propia excitación sexual y auto-estimulación de genitales. Es aquí donde existe un mayor riesgo de aprender conductas sexuales inadecuadas, por exposición a influencias ambientales y por carencia de estrategias educativas correctoras. |
| ***Pautas de actuación*** |
| * Acceso y adopción de ciertos comportamientos adaptativos: inculcarle la intimidad, la privacidad, proporcionándole el lugar y el momento adecuado.
 |
| * Mejorar las posibilidades de expresión (no utilizar a otros ni objetos inadecuados), dada su precariedad en la mayoría de los casos.
 |

**d) Discapacidad mental profunda**

|  |
| --- |
| ***Manifestaciones sexuales*** |
| * Sus capacidades de relación están enormemente limitadas, llevando en la mayoría de los casos al rechazo del contacto, el aislamiento y la realización de conductas auto-estimulatorias.
 |
| * Consecuencia son también sus manifestaciones sexuales, caracterizadas por la realización de conductas auto-estimulatorias y estereotipadas sobre sus genitales, que no les lleva a la satisfacción plena. Estas conductas suelen aparecer más tardíamente que en los demás, iniciándose en la pubertad.
 |
| ***Pautas de acción*** |
| * A pesar de las posibilidades educativas reducidas de este grupo, debemos desarrollar una intervención que recojan aquellos aspectos más básicos y elementales, encaminados a instaurar hábitos de privacidad.
 |
| * El control de la conducta es externo, siendo el adulto quien le proporcione el lugar adecuado para ello, guardando su intimidad.
 |
| * En aquellos casos en los que la conducta es persistente y continua se intentará instaurar, además del lugar, el momento adecuado, designándole para ello un determinado espacio de tiempo dentro de jornada diaria.
 |

## 2.2.- Abuso sexual y discapacidad intelectual

La atención de niños, niñas y/o adolescentes con discapacidad intelectual requiere contar con estrategias de afrontamiento eficaces que permitan proteger y prevenir situaciones de riesgo de abuso sexual. Para ello es necesario conocer las manifestaciones sexuales en los distintos grados de discapacidad intelectual, las pautas de actuación a seguir en cada caso particular, asimismo conocer las características del abuso sexual en esta población de manera que permita detectar y reconocer la existencia de algún tipo de abuso sexual y poder además prevenir su ocurrencia.

La sexualidad en las personas con discapacidad intelectual se manifiesta de múltiples maneras, existiendo tantas variaciones como las que se pueden encontrar en la población general. Su conducta varía tanto de persona en persona como en función de las condiciones en que se encuentren, por lo mismo, la ejecución del plan de intervención debe contemplar las diferencias individuales, su etapa evolutiva, grado y tipo de necesidades especiales, potencialidades individuales y la influencia ambiental.

## Algunos estudios describen características del abuso sexual en niños/as con discapacidad intelectual como similares a la población general que ha sido víctima de esta situación, entre las reacciones más frecuentes se encuentran: ansiedad, culpa, agresividad, problemas de adaptación social, disminución de la autoestima, conductas transgresoras o autodestructivas, y conductas repetidas de imitación del ataque sexual.

Si bien no se encuentran diferencias sustantivas, Bailey (1998)[[26]](#footnote-26) releva específicamente en la población con discapacidad intelectual víctima de abuso, los siguientes síntomas:

|  |
| --- |
| **Síntomas del abuso sexual en niños y niñas con Discapacidad Intelectual** |
| * Confidencias, insinuaciones, comentarios.
* Comportamiento o lenguaje con alto contenido sexual.
* Dibujos de contenido sexual
* Cambios repentinos de conducta
* Rechazo repentino a una persona
* Ansiedad, miedos y fobias
* Depresión y ansiedad
* Baja autoestima, autolesiones y comportamiento suicida
* Trastornos alimenticios y alteraciones del sueño
* Dificultades en las relaciones interpersonales
* Promiscuidad sexual
* Problemas físicos como infecciones vaginales o urinarias heridas o molestias en los genitales, hinchazón, etc.
 |

##

## 2.3.- Recomendaciones generales a considerar en la intervención

### Las principales características que deben orientar las intervenciones respecto a niños, niñas y adolescentes con alguna necesidad especial que han sido víctimas de abuso sexual, se sugiere que se aborden tomando en cuenta las consideraciones realizadas con anterioridad. Ello se traduce en contar con espacios educativos y formativos que se presentan de manera formal o informalmente. Por ello, es importante tener en cuenta sugerencias como:

1. Considerar las capacidades de aprendizaje de cada persona y su nivel de desarrollo.
2. Promover escenarios donde los niños y niñas puedan contrastar los conocimientos que ya tienen sobre cuestiones sexuales y afectivas (partir de lo que saben).
3. Realizar intervenciones que consideren y respondan a sus intereses, necesidades y capacidades de aprendizaje.
4. Estimar las ventajas y la utilidad de lo que queremos que aprendan.
5. Tratar de involucrarlos activamente en el proceso de aprendizaje en un marco lúdico, trabajo en grupo y con actividades atractivas y concretas.
6. Crear espacios en los que se favorezca el desarrollo de sus capacidades, estimulando la autonomía personal.
7. Favorecer el aprendizaje de hábitos de higiene y cuidado corporal - genital.
8. Proporcionar las condiciones favorables para que niños y niñas aprendan de manera gradual y progresiva las limitaciones sociales existentes.
9. Crear un clima de naturalidad que permita promover el diálogo y la confianza en cuestiones afectivas y sexuales.
10. Desarrollar habilidades de relación interpersonal.
11. Utilizar un lenguaje concreto con apoyo de material significativo y atractivo.
12. Tener en cuenta el contexto general y la realidad cercana del niño o niña.
13. Reconocer que no hay normas, reglas ni técnicas precisas. La creatividad y la capacidad de adaptación son fundamentales en las actividades a realizar.
14. Repetir las ideas centrales cuantas veces sea preciso, incluso a lo largo del tiempo.
15. Favorecer el aprendizaje significativo, buscando relacionar los aprendizajes nuevos con los conocimientos previos que manejen los niños/as respecto de los temas a tratar.

Con esto, los elementos de profundización diagnóstica, los objetivos y estrategias del tratamiento tendrán características, tiempos y abordajes diferentes, centrados en cada niño, niña o adolescente.

En general, se espera que en cada caso particular se cuente con una fase de intervención, que considere la tipología de abuso, necesidades especiales, daño presentado, edad, recursos e intereses del niño, niña y/o adolescente. Las conversaciones y demás herramientas terapéuticas utilizadas se deben personalizar y adecuar efectivamente al niño, niña o adolescente que esté en proceso de reparación.

El enfoque de trabajo en los programas especializados de abuso sexual deben incluir las coordinaciones con distintas instancias e instituciones, deberán efectuarse conforme a los respectivos planes de intervención definidos por el equipo técnico y considerando el interés superior del niño/a, lo cual incluye valorar sus necesidades especiales. En este sentido la intervención con niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual que han sido expuestos a situaciones de abuso sexual, debe contemplar la participación de distintos actores y sectores para enfrentar de manera integral la complejidad de la problemática e impulsar el abordaje desde distintos niveles de las necesidades presentes en el proceso, con miras, tanto a favorecer la resignificación como la inserción social. Tal es el caso, por ejemplo, de alternativas educativas según nivel de enseñanza, para población con necesidades especiales o de integración educativa y laboral, para las familias, servicios de apoyo en rehabilitación en caso de niños/as en programas residenciales. etc.

En este plano, resulta fundamental articular, reforzar y mantener la atención y el acceso a la oferta de prestaciones especializadas existentes en la red de Sename o intersectorial pública o privada que facilite servicios complementarios a los procesos reparatorios del abuso. Para la oferta de Sename no – especializada que acoge niños/as y adolescentes vulnerados con necesidades especiales, se consideran relevantes las articulaciones con los programas ambulatorios de discapacidad PAD y PRM, si estuviesen presentes en la oferta local o regional como una forma de apoyar la intervención que se realiza en los aspectos concernientes al abuso o del desarrollo sexual. Por otra parte, el enfoque clínico de trabajo que poseen estos programas permite ser relevante como apoyo frente a las necesidades de resignificación del niño/a con discapacidad, procesar etapas del duelo, necesidad de contención o estabilización, apoyar a la familia, disipar mitos y miedos, o apoyar la resignificación de situaciones de abuso o maltrato.

|  |
| --- |
| E.- POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PARA OFENSORES SEXUALES QUE PRESENTAN DISCAPACIDAD INTELECTUAL  |

1. **Sobre la determinación de discapacidad intelectual[[27]](#footnote-27)**
	1. Para hablar de discapacidad, se establece como criterio la presencia de un CI (de acuerdo a WISC) inferior a 70 puntos, lo que de acuerdo a categorización dada por OMS –y aprobada por el Estado chileno- entra en la categoría de discapacidad intelectual leve.
	2. Ello implica que, en rigor, para hacer referencia a discapacidad intelectual se debiese requerir de un procedimiento de evaluación que permita indicar, de acuerdo a normas internacionales, si se está en presencia de dicha situación.
2. **Sobre la determinación de la situación de abuso**
	1. Resulta importante ver de qué modos se manifiesta la sexualidad en población con discapacidad intelectual, y a partir de ello, distinguir entre aquellas situaciones que indicarían la presencia de prácticas abusivas o de violencia sexual.
	2. Es importante hacer notar que la discapacidad intelectual resulta una atenuante en el caso de comisión de ilícitos, pero no una causal de inimputabilidad. Es decir, que no resulta suficiente para hablar de ausencia de responsabilidad.
	3. Por otra parte, la presencia de discapacidad no implica ausencia de recursos para fortalecer en procesos de intervención.

*En otras palabras, se requiere aclarar tanto la presencia de discapacidad intelectual, como la presencia de una situación de violencia sexual desde el marco del desarrollo de la sexualidad en población con discapacidad. Con ello, se distingue si efectivamente hablamos de discapacidad, y en ese contexto, si hablamos de una ofensa sexual, o más bien, de una práctica sexual que ha sido significada por otro como ofensa, pero que pudiese no serlo en el contexto de la sexualidad en discapacidad (Aquí, la definición de la situación como ofensa por la víctima es clave). En cualquier caso, el PAS puede ser una alternativa para el entrenamiento en habilidades que apunten a un desarrollo sexual sano.*

1. **La primacía de un enfoque de derechos**
	1. Resulta comprensible que, en el desarrollo de metodologías de intervención, se opere bajo ciertas condiciones básicas. En este sentido, no resulta extraño que en el abordaje de población que ha cometido ofensas sexuales se desarrolle un modelo que asuma, para operar, la ausencia de discapacidad intelectual, entre otras situaciones.
	2. Sin embargo, el rechazo al ingreso de un niño/a o adolescente implica la negación de un derecho de atención que debe estar garantizado. La presencia de discapacidad no debe considerarse impedimento para la inclusión en procesos de intervención (práctica discriminatoria).
	3. Ejemplos de inclusión ya se tienen por ejemplo, en ámbitos como educación y trabajo. En estos ejemplos, el curso que se observa es el del avance hacia “diseños universales”, entendidos como programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado.
	4. Lo anterior es coherente con la CDN así como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad promulgada en diciembre de 2006.
	5. En coherencia con lo anterior,las bases de licitación de PAS establecen el ingreso sin criterios discriminatorios. Resultaría entonces esperable que, ante casos que “arranquen” de un perfil asumido inicialmente, se busquen alternativas de coordinación que permitan ajustar la intervención a las necesidades del sujeto.
2. **La necesidad de establecer coordinaciones para la intervención en redes**
	1. SENAME cuenta con una oferta de programas ambulatorios de intervención especializada para niños/as y adolescentes vulnerados en sus derechos y que presentan necesidades especiales. Esta oferta, si bien se orienta hacia el abordaje especializado de víctimas de vulneraciones de derecho, plantean entre sus objetivos específicos “contribuir al desarrollo de habilidades adaptativas y de autonomía progresiva…conforme a su etapa evolutiva, tipo de NE, ajustes razonables y potencialidades individuales”. (Bases PAD, 2008)
	2. Del mismo modo, se presenta como un potencial soporte para un trabajo complementario y colaborativo con otros programas y servicios, y como “un momento de transición para llegar en el futuro cercano, a contar con programas integrados e inclusivos, no sólo en la red Sename, sino también en la red social de servicios especializados” (Bases PAD, 2008)

*(En otras palabras, tanto desde lo establecido por las bases técnicas, como por convenciones internacionales ratificadas por el estado chileno, se debe responder por la entrega de servicios no discriminatorios)*

1. **El desafío técnico:**
	1. La posibilidad de ingreso con población con necesidades especiales obliga por tanto al desarrollo de estrategias diferenciadas. Si bien desde la modalidad, se plantean algunos ejes de la intervención que pudiesen ser considerados más cognitivos, en la medida que requieren grados de elaboración (por ejemplo, la necesidad del reconocimiento de la situación de agresión y el abordaje de distorsiones cognitivas), sería posible considerar para el caso de población con necesidades especiales un énfasis mucho mayor en el entrenamiento de habilidades (control de impulsos, desarrollo de conductas sexuales en el ámbito de la intimidad, límite corporal propio y de otros, manejo de la agresión, entre otras, reconocimiento y resolución de problemas, manejo de riesgos, habilidades para toma de decisiones).
	2. Para lo anterior, una coordinación esperable será entre PAS y PAD, con la posibilidad de desarrollar, por ejemplo, planes de intervención conjuntos y solicitar asesoría e intervención conjunta desde el rescate de la experticia de dicho programa.
	3. Se requiere del mismo modo desarrollar dispositivos específicos de intervención familiar, [[28]](#footnote-28)orientados por ejemplo, al apoyo a los procesos de desarrollo de habilidades y formación en sexualidad en personas con discapacidad, identificación y fortalecimiento de recursos identificados en el niño/a o adolescente, desarrollo de competencias protectoras, consecuencias emocionales y físicas en los otros, entre otros aspectos. Este tipo de experiencias bien vale la pena ser sistematizada, como la posibilidad de generar conocimiento que favorezca procesos de intervención más inclusivos no sólo para esta sino para otras modalidades de intervención. Transformar esta situación en desafío para ambos programas y equipos de trabajo.

|  |
| --- |
| F.- ORIENTACIONES SOBRE: INCORPORACION DE VOLUNTARIOS/AS EN CENTROS RESIDENCIALES DE PROTECCIÓN DEL SERVICIO NACIONAL DE MENORES  |

**I.- ANTECEDENTES:**

Los centros residenciales de protección constituyen una oferta cuyo objetivo es ” Asegurar la reinserción familiar de los niños, niñas y adolescentes atendidos, contribuyendo a restituir el derecho a vivir en familia, mediante una atención residencial transitoria, que se desarrolla bajo estándares mínimos de calidad”.

La atención brindada en esta modalidad opera frente a situaciones de grave vulneración cuyas causales generan una medida de protección judicial, que ha determinado la separación del medio familiar de origen, especialmente frente a la necesidad de cuidado debido a situaciones de negligencia, violencia y los malos tratos. Se espera que esta medida sea revisada e informada al Tribunal de Familia, cada tres (3) meses de modo que se cumplan las condiciones de excepcionalidad y transitoriedad previstas al activarse esta respuesta de protección considerada de excepción para aquellos casos graves que no pueden ser apoyados desde la oferta ambulatoria.

El tiempo de permanencia en un centro residencial de protección, mientras se restablece el derecho del niño/a o adolescente a vivir en una familia estable, implica por una parte, realizar procesos de intervención para devolver el derecho a vivir en una familia de manera definitiva, desplegando estrategias metodológicas orientadas a la re-integración a la familia biológica, extensa y si no es posible, adoptiva o sustituta, cuando se ha descartado todas la posibilidades de reinserción familiar anteriores..Mientras tanto, se trata de realizar acciones y prácticas que propicien el bienestar y el desarrollo de los niños/as en un ambiente acogedor con condiciones de vida familiar, mediante experiencias nutricias, donde se propicie la participación en la comunidad y la regularización de la cotidianeidad en el medio escolar y social.

De esta forma, le corresponde al centro residencial y a la institución acreditada asegurar la calidad de vida, el trato afectuoso y respetuoso, el fortalecimiento de la capacidad parental de la familia o adultos significativos, y coordinar acciones con las redes locales para la integración social y obtención de servicios requeridos.

Cabe señalar que los centros residenciales responden a un modelo de intervención que debe asegurar espacios de contención y acogimiento de las necesidades físicas y afectivas de los niños/as a su cargo. Esto quiere decir que se deben programar actividades que conllevan vínculos y contactos periódicos o visitas por quienes van a asumir el cuidado responsable de los mismos y la realización de rutinas cotidianas que contemplen: estimulación temprana, recreación, espacios de estudio, de asistencia a actividades formativas y educacionales, etc. insertas en el quehacer habitual del centro, lo que permite el desarrollo armónico de la infancia y adolescencia ingresada a estos establecimientos.

**II.- CONSIDERACIONES BÁSICAS PARA LA INCORPORACION DE VOLUNTARIOS/AS A LA LABOR DE LOS CENTROS RESIDENCIALES:**

No es posible desconocer la importancia del voluntariado en el quehacer de instituciones y organizaciones ejecutoras de los servicios de protección residencial proporcionados por el Estado, se trata más bien de visualizar y conceptualizar estos aportes a favor de la agenda pro-participación ciudadana que define el voluntariado como:” actividades de interés público, no remuneradas, y llevadas a la práctica de forma libre y por propia convicción personal, a través de organizaciones que le dan al compromiso voluntario una proyección en el tiempo, en forma regular, permanente y sistemática”[[29]](#footnote-29) pues al aportar con tiempo, destrezas y conocimientos para apoyar el desarrollo de variados proyectos residenciales, han contribuido también al desarrollo integral de muchos niños y niñas que permanecen en estos Centros. Sin embargo estas acciones deben enmarcarse en políticas y éstos a su vez en procedimientos para de esta forma permitir el buen cumplimiento de los objetivos, particularmente cuando se trata de niños, niñas y adolescentes que han experimentado graves vulneraciones a sus derechos de protección y cuidado y se encuentran bajo medidas de protección establecidas por los Tribunales de Familia.

Sobre el particular, cabe hacer presente que dada la experiencia acumulada en Sename sobre la prestación de servicios realizada por voluntarios/as ésta no siempre ha obtenido los resultados esperados. Ello por cuanto el aporte de los voluntarios/as no han estado regulados apropiadamente, en particular cuando están destinados a cubrir necesidades directas de los niños/as, e implican el contacto y el vínculo con los mismos/as, en ocasiones, estas acciones han respondido más a intereses de las personas solicitantes o de la propia institución, para suplir una necesidad específica y eventualmente, han generado expectativas en los niños/as que al no concretarse pudieron provocar sentimientos de frustración, riesgo a la integridad, crisis o conflictos interpersonales difíciles de manejar cuando no existe el marco o encuadre adecuado.

En virtud de los antecedentes antes expuestos, si un centro residencial opta por trabajar con voluntarios/as, es necesario que ello responda a un proceso planificado, donde se distinga claramente el trabajo que realiza el voluntariado, visto como acciones solidarias y desinteresadas de apoyo a las diferentes labores del centro y a delimitados procesos de intervención que éste ejecuta, cabe aquí la definición que los propios actores del mundo del voluntariado nacional se han otorgado, eso es “el conjunto de actividades de interés general desarrolladas por personas naturales, de carácter altruista y solidario ( en beneficio de terceros), de realización libre, no originada en obligación personal o legal, que no posea contraprestación económica y se desarrolle a través de organizaciones privadas o públicas y con arreglo a programas o proyectos concretos”[[30]](#footnote-30).

En estos casos el Servicio regulará la existencia de un control permanente y evaluación respecto a los beneficios que la participación de voluntarios/as le reporta al niño o niña o a la gestión del centro, por cuanto involucra el contacto habitual o presencial entre los niños/as y otros/as adultos voluntarios/as, en el entendido que esa relación, genera expectativas o algún tipo de vínculos que se pueden manifestar a través de medios de la comunicación directa, regalos, respaldo económico para obtención de bienes o servicios etc.

Bajo el entendido que cualquier persona que frecuente el Centro Residencial de manera habitual genera un impacto en el ambiente convivencial, el Sename considera que las instituciones colaboradoras que estimen pertinente incorporar voluntarios/as, deben tener presente a lo menos las siguientes consideraciones:

1.- La incorporación de voluntarios/as en labores de gestión técnica o administrativa debe obedecer a una política institucional definida de reclutamiento, selección, orientación respetuosa de los derechos individuales y evaluación.

2.- El trabajo con voluntarios/as no puede sustituir las tareas del personal contratado para realizarlas. Éste constituye un apoyo o complemento a las actividades que requieren los niños/as que enriquece la labor, pero no puede reemplazarlo.

3.- Toda institución que incorpora voluntarios/as, debe mantener un registro formal con los antecedentes y documentación de las personas que lo integran. Estos perfiles de identificación y de habilidades deben ser debidamente conocidos por el equipo de intervención del centro residencial que supervisará el trabajo del voluntariado/a en caso que se compenetre con alguna de sus funciones.

4.- El trabajo de los voluntarios/as debe ser claramente planificado, controlado y evaluado y encontrarse inmerso en estándares de buenas prácticas para asegurar el bienestar general, físico y emocional de los niños/as y del personal del centro.

5.- La efectividad del trabajo de los voluntarios/as debe ser periódicamente revisada de la misma forma que los recursos en materia de personal y/o financieros involucrados en mantener y apoyar un sistema de voluntariado. Implica responsabilización en la selección de voluntarios/as de parte del nivel central de la institución y/o de la dirección del centro y del equipo profesional directa participación en la supervisión de sus tareas, materiales para actividades u otros recursos necesarios para el cumplimiento de sus labores etc.

6.- Por otra parte, una organización que incorpora voluntarios/as debe asegurar que éstos comprenden el propósito de la organización y tienen el conocimiento, destrezas y la capacidad para recibir la retroalimentación sobre el trabajo realizado para llevar a cabo de buena forma sus funciones.

7.- La institución colaboradora debe asegurar que incorpora la inducción y el monitoreo del voluntariado/a desde el enfoque de Derechos, relevando los principios fundamentales del sujeto, la participación, el derecho a vivir en familia, etc. Lo anterior compatibilizando con la visión y misión institucional en vistas de de propiciar el mejoramiento continuo de los servicios prestados por el voluntariado.

8.- La Institución debe tener presente el principio de reserva de los antecedentes de los niños y niñas, por lo que la información que se comparta con los voluntarios/as, debe ser la estrictamente necesaria para comprender las necesidades y características de éstos en función de la labor que van a desempeñar.

9.- Consecuente con aspectos de la inducción y también de la reserva se estima que la institución debe dialogar con sus voluntarios/as acerca del fenómeno que atienden los proyectos en que se van a desempeñar en particular cuando se trate de residencias especializadas en explotación sexual, niños/as de calle, inimputables etc.

**III.- DISPOSICIONES OPERATIVAS FRENTE A LA ACTIVIDAD DEL VOLUNTARIADO:**

Como se señaló, efectivamente el trabajo organizado y planificado de los voluntarios/as puede permitir enriquecer las dinámicas normales de los centros residenciales, pero de ninguna forma reemplazar el trabajo del personal contratado por la institución y definido por Sename en los estándares declarados en las Bases Técnicas.

En este contexto, se ha diferenciado el términos voluntarios/as que van a apoyar las actividades de soporte, administrativas o técnicas del centro de manera transitoria, de aquellos otros/as llamados “padrinos” o “madrinas” cuando esa denominación conlleva el interés específico de acoger a uno o más niños/as, en particular haciéndolos participes, la mayoría de las veces de su vida familiar, a través de visitas periódicas o salidas de la residencia.

Cabe señalar que como regla general, el Servicio **no propicia la existencia de padrinos o madrinas que realicen vínculos afectivos directos** con los niños/asy adolescentes cuando significan salidas y permanencias fuera del centroresidencial, a no ser que se encuentre planificado como una estrategia metodológica para encontrar familias adoptivas o sustitutas (encargadas del cuidado personal) y se trabaje en conjunto con las Unidades de Adopción y/o de Protecciónde Sename.

Hay que tener presente que un niño/a institucionalizado y que no ha tenido la experiencia de vincularse de manera estable con una figura significativa, se encuentra ávido de atención y afecto especial, por lo que es esperable que frente a adultos que manifiesten conductas solidarias, protectoras y afectivas muy rápidamente se vinculen, lo que no necesariamente está relacionado con la calidad del vínculo.

Por lo tanto, el criterio a aplicar se funda en que las labores del voluntariado, deben siempre estar sujetas a una planificación y por ende, corresponde definir roles y funciones en ese marco, estimándose además necesario un encuadre de parte de la institución y del equipo profesional responsable que permita asegurar la **no interferencia** con los procesos de intervención que se están llevando a cabo.

De concretarse la participación de voluntarios/a en labores específicas del centro, éstas deben responder claramente a un objetivo y si su función implica el contacto con los niños/as o apoyo a casos particulares, es necesario que esté contenida dentro del plan de trabajo individual (PII) de cada niño/a, y puede consistir en diversas actividades generadas para establecer contacto directo o indirecto, tales como: visitas con propósitos recreativos, apoyo material concreto, regalos, organización de festividades, espacios de reforzamiento escolar, de lectura o de juego, acompañamiento al personal en trabajo de redes , entre otras, lo importante de cautelar es que estas formas de relación sean un aporte al proyecto y a la vida del niño/a.

En vista de lo expuesto, se solicita a la institución y al centro residencial implicado adoptar todos los resguardos ya señalados teniendo presente el contexto del vínculo particular en la vida del niño/a del cual se trate, identificando claramente que para un lactante, preescolar, escolar o adolescente esa determinación puede no tener los mismos efectos o los efectos deseados.

Por otra parte, es preciso señalar que será la institución que recluta voluntarios/as la responsable de denunciar y tomar las medidas necesarias frente a cualquier hecho constitutivo de delito e investigar situaciones en que se detecte maltrato u otras en las que hubieren participado voluntarios/as.

Consecuente con lo antes declarado, es preciso, establecer que la voluntad de aceptar voluntarios/as es una responsabilidad que reside en la institución y en el equipo profesional a cargo del proyecto, en tanto es allí donde se efectúa la labor del voluntariado de manera directa o presencial.

Los proyectos implicados deben compartir la decisión de incorporar voluntarios/as con la Dirección Regional correspondiente a través del supervisor/a técnico del centro. Además, por su intermedio deben presentar un documento o plan que **incorpore las disposiciones de este documento** y que por ende contemple: un plan de trabajo general del voluntariado y defina su participación en la actividad técnica y/o de soporte del centro residencial, se debe incluir también, objetivos, actividades a desarrollar, tiempo de colaboración y horarios, respaldado por un proceso de selección y evaluación de los participantes, vale decir, identificación, antecedentes curriculares, preparación, habilidades y/o destrezas que presentan los voluntarios/as relacionadas con los servicios que van a prestar a la residencia.

|  |
| --- |
| G.- PAUTA DE EVALUACIÓN/ AUTOEVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES MINIMAS DE SEGURIDAD PARA CENTROS RESIDENCIALES DEL DEPRODE  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **logo chico JPG** | **Documento Supervisión Regional** | **Código: F – DSR – 01**  |
| **PAUTA DE EVALUACIÓN/AUTOEVALUACIÓN** **CONDICIONES MÍNIMAS DE SEGURIDAD** **CENTROS RESIDENCIALES****DEPRODE** | **Fecha: 06 – 07 – 2011**  |
| **Página: 47 de 4** |
| **Versión: 1.0** |

1. **DATOS GENERALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.1 | Centro residencial |  |
| 1.2 | Modalidad |  |
| 1.3 | Dirección |  |
| 1.4 | Teléfono |  |
| 1.5 | Institución |  |
| 1.6 | Nº de plazas | Hombres |  | Mujeres |  |
| 1.7 | Nº de niñas, niños o adolescentes presentes | Hombres |  | Mujeres |  |
| 1.8 | Rango/s etario/s | Hombres |  | Mujeres |  |
| 1.9 | Número de funcionarios/as | Hombres |  | Mujeres |  |
| 1.10 | Organismo Administrador Ley Nº 16.744  |  |
| 1.11 | Fecha último informe emitido por organismo administrador Ley Nº 16.744 |  |
| 1.11 | Nombre del supervisor/a |  |
| 1.12 | Fecha de la aplicación/ auto-aplicación de la pauta |  |

1. **CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS NORMATIVOS Y CERTIFICACIONES ASOCIADAS A LA INFRAESTRUCTURA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** |
| 2.1 | El inmueble cuenta con permiso de edificación y recepción municipal posterior a marzo 2010. |  |  |
| 2.2 | El inmueble cuenta con sus instalaciones eléctricas y de gas, inscritas en los organismos técnicos pertinentes (Superintendencia de Electricidad y Combustibles). |  |  |
| 2.3 | El inmueble cuenta con sus instalaciones sanitarias certificadas por los organismos técnicos pertinentes (Seremi Salud, Empresa Sanitaria) |  |  |
| 2.4 | El inmueble cuenta con red húmeda. |  |  |
| 2.5 | El inmueble cuenta con una red seca. |  |  |
| 2.6 | El inmueble cuenta con un sistema de detección de incendios. (detectores de humo y de temperatura) |  |  |
| 2.7 | Los sistemas señalados en 2.4, 2.5 y 2.6 poseen informe favorable de funcionamiento, extendido por el cuerpo de Bomberos de Chile, según lo estipulado en el  Título V, capítulo 2  de la Ordenanza de Urbanismo y Construcciones. |  |  |
| 2.8 | El inmueble cuenta con vías de evacuación que cumplan con lo estipulado en el Capítulo 2 de la Ordenanza de Urbanismo y Construcciones. |  |  |
| 2.9 | El inmueble posee informe favorable respecto a estándares mínimos de iluminación y ventilación para los recintos de estar, comedor, sala de estudio y dormitorios. |  |  |

1. **CONDICIONES GENERALES DE SEGURIDAD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** |
| 3.1 | ¿Existe plan de emergencia actualizado, sociabilizado (a funcionarios/as, bomberos y carabineros) y practicado al menos semestralmente por todos/as los/as funcionarios/as? |  |  |
| 3.2 | ¿La institución posee Reglamento Interno de Orden, Higiene y Seguridad? |  |  |
| 3.3 | ¿La institución tiene constituido un Comité Paritario de Higiene y Seguridad? (obligatorio si el centro tiene más de 25 funcionarios/as contratados Ley 16.744)[[31]](#footnote-31). |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** |
| 3.4 | ¿Existen equipos extintores operativos y en cantidad suficiente conforme a la legislación nacional vigente, en todos aquellos espacios comunes, casas/pabellones, y en general, en espacios con alta carga combustible? |  |  |
| 3.5 | ¿Los/as funcionarios/as se encuentran capacitados/as (con certificado) para el uso y manejo de extintores y redes húmedas? |  |  |
| 3.6 | ¿Existen luces de emergencia, en buen estado de funcionamiento, ubicados en las vías de evacuación, escaleras, salidas de emergencia, zonas de seguridad y sistemas contra incendios? |  |  |
| 3.7 | ¿Se encuentran debidamente señalizadas las vías de evacuación, zonas de seguridad, salidas de emergencia y equipos contra incendios? |  |  |
| 3.8 | ¿Las casas o módulos tienen habilitadas al menos dos salidas distantes entre si, que permitan ser utilizadas como vías de escape expedita en caso de una emergencia? |  |  |
| 3.9 | ¿Se encuentran los pasillos, vías de evacuación, salidas de emergencia, zonas de seguridad y equipos contra incendio, libres de obstáculo y son de fácil acceso? |  |  |
| 3.10 | Si la casa o módulo corresponde a atención de niños/as no autovalentes o discapacitados, ¿El sector posee rampas en las salidas de emergencias? |  |  |
| 3.11 | ¿Son los sistemas de calefacción seguros, protegidos frente a cualquier intervención de niños/as/adolescentes, ubicados lejos del alcance de cualquier material combustible? |  |  |
| 3.12 | ¿Son los equipos eléctricos y de gas, mantenidos conforme a los requerimientos del fabricante, por personal debidamente calificado? |  |  |
| 3.13 | Se encuentran todos los calefones instalados al exterior de los recintos. |  |  |
| 3.14 | ¿Se encuentran los calefones instalados a la intemperie, protegidos con carcasa de material incombustible, debidamente ventilados? |  |  |
| 3.15 | ¿El establecimiento cuenta con procedimientos escritos para el almacenamiento correcto y segregado de cilindros de gas, oxígeno y sustancias peligrosas? |  |  |

1. **HOJA DE OBSERVACIONES**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha informe |  |
| Encargado/a del Establecimiento |  |
| ¿Ha realizado Ud. una supervisión completa del establecimiento? | Sí |  | No |  |
| **Nº de Requisito** | **Observaciones** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE INSTITUCIONAL** |

|  |
| --- |
| H.- COORDINACIONES ENTRE CENTROS RESIDENCIALES Y TRIBUNALES DE FAMILIA |

|  |
| --- |
| 1. **PRESENTACIÓN:**
 |

Los centros residenciales de la oferta residencial de Sename, constituyen una respuesta a las demandas de Tribunales de Familia vinculadas a las necesidades de protección de niños, niñas y adolescentes. Siendo un requerimiento legal el contar con una autorización judicial o medida proteccional para el ingreso de niños, niñas y adolescentes a esta oferta de Sename.

Por ende, es necesario contar con protocolos de coordinación expeditos con dicha instancia judicial, que garanticen la efectividad de los derechos infanto-adolescentes.

El presente documento incorpora los acuerdos sostenidos con la mesa de trabajo de Tribunales de Familia en la Región Metropolitana, que el Centro de Medidas Cautelares de Santiago y SENAME están desarrollando conjuntamente desde fines del año 2009, con el propósito de avanzar en protocolos de coordinación, que permitan mayor fluidez, rapidez y eficacia en las medidas y decisiones jurisdiccionales que se adoptan.

Si bien estas orientaciones se generan en el contexto indicado mas arriba, sus orientaciones son homologables y se constituyen en guía para las coordinaciones que los centros residenciales establecen con los diferentes Tribunales de Familia del país, definiendo los procedimientos necesarios de llevar a cabo para la adecuada y oportuna atención a los niños y niñas.

Se anexa lo siguiente:

1. Acuerdos, Buenas Prácticas y Flujograma de procedimientos de ingreso e intervención en centros residenciales.
2. Formato de oficio a Tribunales (Ingreso/Egreso/Modificación/Cese de Medida).
3. Formato de Informe de permanencia.

|  |
| --- |
| 1. **COMPETENCIAS DE LOS JUZGADOS DE FAMILIA**
 |

El marco legal en el cual se enmarcan los Tribunales de Familia es la Ley 19.968, para efectos del presente documento con especial relevancia los Art. 7, 8, 71 y siguientes.

De acuerdo al Art. 8º corresponde a los juzgados de familia conocer y resolver las siguientes materias, entre otras:

1) Las causas relativas al derecho de cuidado personal de los niños, niñas o adolescentes;

2) Las causas relativas al derecho y el deber del padre o de la madre que no tenga el cuidado personal del hijo, a mantener con éste una relación directa y regular;

3) Las causas relativas al ejercicio, suspensión o pérdida de la patria potestad; a la emancipación y a las autorizaciones a que se refieren los Párrafos 2º y 3º del Título X del Libro I del Código Civil;

4) Las causas relativas al derecho de alimentos;

5) Los disensos para contraer matrimonio;

6) Las guardas, con excepción de los asuntos que digan relación con la curaduría de la herencia yacente y sin perjuicio de lo establecido en el inciso segundo del artículo 494 del Código Civil;

7) La vida futura del niño, niña o adolescente, en el caso del inciso tercero del artículo 234 del Código Civil;

8) Todos los asuntos en que aparezcan niños, niñas o adolescentes gravemente vulnerados o amenazados en sus derechos, respecto de los cuales se requiera adoptar una medida de protección conforme al artículo 30 de la Ley de Menores;

9) Las acciones de filiación y todas aquellas que digan relación con la constitución o modificación del estado civil de las personas;

10) Todos los asuntos en que se impute un hecho punible a niños, niñas o adolescentes exentos de responsabilidad penal, y aplicar, cuando corresponda, las medidas contempladas en el artículo 30 de la Ley de LEY 20084 Menores. El procedimiento se sujetará a las reglas Art. 68 a) establecidas en el Párrafo 4º del Título IV de la D.O. 07.12.2005 presente ley;

11) La autorización para la salida de niños, niñas o adolescentes del país, en los casos en que corresponda de acuerdo con la ley;

12) Las causas relativas al maltrato de niños, niñas o adolescentes de acuerdo a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 62 de la ley Nº 16.618;

13) Los procedimientos previos a la adopción, de que trata el Título II de la ley Nº 19.620;

14) El procedimiento de adopción a que se refiere el Título III de la ley Nº 19.620;

18) Los actos de violencia intrafamiliar;

Por tanto en razón de sus competencias vinculadas a la infancia y adolescencia se puede señalar que éstas son:

* Todo NNA menor de 18 años, art. 68 Ley Familia y art. 1 Convención Derechos del Niño.
* Niños por nacer.

|  |
| --- |
| 1. **MEDIDAS DE PROTECCIÓN**
 |

La medida de protección no está definida en la Ley, pero podemos decir que se refiere a dar real eficacia a los derechos de los niños cuando estos derechos se encuentran gravemente vulnerados o amenazados.

Al respecto existen dos posturas:

a) Quienes creen que la protección de derechos según lo regula los artículos 71 y siguientes de la Ley de Familia, sólo opera en caso no existir padres diligentes en su rol.

b) Quienes creen que la protección de derechos es posible a todo evento, aún cuando existen padres diligentes.

* Tanto la Constitución Política del Estado de Chile, como la Ley y la Convención de los Derechos del Niño, establecen una serie de derechos a favor de los niños, niñas y adolescentes de nuestro país.
* La Ley contempla una serie de procedimientos para dar sustento y garantía a estos derechos **cuando estos se ven afectados por familiares directos**; así por ejemplo
	+ El derecho a la integridad física y psíquica se regula y protege a través del procedimiento de violencia intrafamiliar, regulado en la Ley 20.066 y los artículos 91 y siguientes de la Ley 19.968.
	+ El derecho a contar con padres diligentes en su rol se regula y protege a través del procedimiento de cuidado personal, artículo 224 y siguientes del Código Civil y el procedimiento ordinario establecido en la Ley 19.968.
	+ Derecho de alimentos, a través del procedimiento ordinario de la Ley 19.968 y la Ley 14.908.
	+ Derecho a mantener una relación directa y regular con el padre que no tiene el cuidado personal, a través del procedimiento ordinario y los artículos 226 y siguientes del Código Civil, y el artículo 48 de la Ley 16.618.
	+ El resto de los derechos de los NNA, que no tienen una regulación especial establecida en la Ley, y/o se afecten por parte de terceros, se regulan y tramitan de acuerdo al procedimiento especial denominado **“MEDIDAS DE PROTECCION”.** Este procedimiento se adopta cuando existe **UNA GRAVE VULNERACION DE DERECHOS**

3.- MEDIDAS DE PROTECCION ART. 71 LEY DE FAMILIA

**Derechos que comprende:**

* Todos aquellos derechos establecidos por la Constitución Política, la Ley o la Convención de los Derechos del Niño, ya que la Ley no los distingue, pero en general, se trata de aquellos que no tienen una tramitación especial. Ej:

-Derecho a la salud.

-Derecho a la educación.

-Derecho a la reparación en el ámbito de la sexualidad.

 -Derecho a la integridad física y psíquica de ataques de terceros.

-Derecho a la identidad.

-Derecho a la no explotación económica.

-Derecho a vivir en el seno de una familia, etc.

|  |
| --- |
| 1. **PROCEDIMIENTOS PARA LA APLICACIÓN DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN**
 |

**Inicio:**

* Denuncia ante la Policía de Carabineros de Chile.
* Demanda escrita.
* Solicitud verbal ante el Centro de Medidas Cautelares (En Santiago), o Tribunales de Familia, en audiencia preliminar inmediata.

**Resultado**

* En caso de estimar que el hecho denunciado corresponde a las materias que corresponden al procedimiento proteccional, y es posible acoger una medida de protección de inmediato, se dicta sentencia definitiva acogiendo la medida, sin necesidad de esperar la audiencia.
* En caso de estimar que el hecho denunciado corresponde a materias proteccionales, y no es posible acoger la medida de inmediato, **se cita a audiencia preparatoria para dentro de 5° día.**
* En caso de estimar que el hecho denunciado no corresponde a una materia proteccional o correspondiendo, ya se han tomado las medidas necesarias para dar protección al NNA, **se dicta sentencia definitiva de rechazo.**

**Principios que inspiran esta forma de proceder:**

* Inmediatez y urgencia: Importante considerar que las medidas de protección parten de un supuesto de urgencia e inmediatez, de ahí que la Ley establezca un plazo máximo de 5 días para agendar la audiencia.
* Economía procesal: Si se trata de decisiones que pueden ser tomadas de inmediato, para dar protección al NNA, y con ello no se afecta derechos de los padres, o se trata de materias que no corresponde tratar desde la protección, no tiene sentido esperar la audiencia preparatoria, en la que se obtendría el mismo resultado jurisdiccional.
* Interés superior del niño; que amerita que las decisiones se adopten a la brevedad para dar real eficacia al derecho vulnerado.
* Eficacia en la decisión: Las medidas de protección, por su naturaleza, hablan de **DERECHOS** que están **ACTUALMENTE VULNERADOS O AMENAZADOS,** por lo que la decisión, en muchos casos, **NO PUEDE ESPERAR.**

**Medidas de protección a adoptar:**

**Art.71 Ley 19.968.**

* Esta norma señala una serie de medidas cautelares que se pueden adoptar en cualquier etapa del procedimiento y aún antes de su inicio, de oficio o a solicitud de la autoridad:

- Entrega inmediata a padres o personas que lo tengan a su

 cuidado.

- Confiar su cuidado a otra persona o familia, prefiriendo a la familia extensa.

- Ingreso a un programa de Familias de Acogida o Centro de Diagnóstico por el tiempo estrictamente indispensable.

- Disponer ingreso del niño o familia a programas de reparación.

- Suspender derecho de visitas.

- Prohibir o limitar presencia de ofensor en el hogar común.

- Prohibir o limitar la concurrencia del ofensor al lugar en dónde esté el niño o colegio.

- Internación en establecimiento hospitalario, psiquiátrico o de tratamiento especializado frente a una amenaza a su vida o salud.

- Prohibición de salir del país.

**II.- Art. 30 ley 16.618.**

**EN PARTICULAR EL JUEZ DE FAMILIA PODRÁ DECRETAR:**

* Ingreso a un programa de reparación u orientación al NNA o a sus padres.
* Internación a una Residencia (siempre como última medida, después de analizar a la familia extensa).

**Procedimientos:**

**I.- CITACION A AUDIENCIA PREPARATORIA**

* En los casos en que la medida no pudo ser adoptada con la presentación de la demanda o parte policial, se cita a audiencia preparatoria, para **DENTRO DE 5 DÍAS.**
* En esta audiencia, se cita al solicitante, y a los padres o personas que lo tienen a su cuidado, y el JUEZ INDAGA sobre los hechos denunciados.
* Si se cuenta con todos los antecedentes, se dicta sentencia definitiva.
* Art. 75, el JUEZ deberá instar por SOLUCIONES COLABORATIVAS, que aborden el derecho vulnerado desde EL ACUERDO y no desde la CONFRONTACIÓN.

**II.- CITACION A AUDIENCIA DE JUICIO:**

* Si no es posible la solución colaborativa, y no se cuenta con más antecedentes, y en general lo más aconsejable es ingresar a un niño a residencia, se CITA A AUDIENCIA DE JUICIO, decretando la prueba necesaria para ello, a través de lo que ofrezcan las partes o de oficio por el Juez, según sus facultades ( art. 13 Ley de Familia)

**III.- LA SENTENCIA**,

* Debe contener la decisión de si se acoge o rechaza la medida. Si se acoge la medida, debe indicar el derecho vulnerado, la medida adoptada, plazo de duración de la misma y la obligación de informar cada tres meses la situación actual del niño.

También es posible en esta etapa llegar a soluciones

colaborativas.

**IV.- REVISION DE LA MEDIDA: Art. 80 de la Ley 19.968.**

* En cualquier momento que las circunstancias lo ameriten, el Juez podrá SUSPENDER, MODIFICAR O DEJAR SIN EFECTO la medida adoptada, de oficio o a solicitud del niño, los padres o el programa.
* **Existe obligación para los programas o residencias, que si tienen antecedentes que ameriten una modificación de la medida adoptada, deben hacer la presentación al Tribunal, a fin de que se tomen las medidas necesarias, lo que debe hacerse mediante petición escrita, lo que será resuelto vía despacho o por audiencia de revisión de medida**.
* Las audiencia de revisión de medidas se agendan según parámetros objetivos y no necesariamente será audiencia inmediata.
* Para estas audiencias, se requiere un informe actualizado del NNA.

|  |
| --- |
| **V.- BUENAS PRÁCTICAS** |

En el contexto de la Mesa de Trabajo realizada entre Tribunales de Familia y Sename durante el año 2010, particularmente en lo relativo a la las materias correspondientes a Centros Residenciales de Protección destinada a superar los nudos de gestión y búsqueda de acuerdos para mejorar la vinculación entre dicha modalidad y la autoridad judicial de familia.

Se presentan a continuación los acuerdos, buenas prácticas y flujograma elaborado entre ambas instituciones, los cuales han sido socializados como productos de esta coordinación en las regiones Metropolitana y de Valparaíso y se consideran generalizables a todas las regiones del país.

**V.- ACUERDOS Y BUENAS PRÁCTICAS**

1. Cada niño/a un RIT. Lo que significa utilizar el mismo RIT, aún cuando el niño/a presente más de un ingreso o causa en el sistema.
2. Evitar separación de hermanos/as (utilizar residencias mixtas) o Programas de Acogimiento Familiar.
3. Evitar desarraigo de niños/as, derivar a residencias cercanas al domicilio del niño/a. Descartar los traslados a otras regiones, excepto en casos excepcionales y justificados.
4. El tribunal establecerá tiempos mínimos de permanencia al ingreso, con solicitud de diligencias en plazos acotados en medida cautelares o de protección, 3 meses máximo. La residencia debe cautelar los plazos de duración de la medida con el objeto de determinar si se ha cumplido con el propósito de la medida, o verificar la necesidad de solicitar ampliación, modificación o cese de la medida.
5. El tribunal decretará egresos de niños/as que se encuentran en acercamiento familiar en etapa de pre-egreso (niños/as viven en su casa) por más de 6 meses, siempre que no exista justificación técnica para una permanencia superior a dicho plazo. Al respecto, las residencias **no deberán pedir autorización al Tribunal** para ejecutar su plan de **pre-egreso (comprendido en el plan de acercamiento familiar)** cuando éste es con familia biológica del NNA, sí debe informarlo estipulando el plazo de inicio y término que no podrá **exceder a los 6 meses**, período en el que se deberá evaluar el egreso.
6. Director/a de los centros residenciales son responsable del cuidado personal de niños, niñas y adolescentes -NNA atendidos, pueden autorizar visitas y salidas de acuerdo a criterios técnicos, sin solicitar autorización al Tribunal. Cuando el tribunal ingresa a un NNA a una residencia le confiere el **cuidado personal** de éste. En ese sentido el Director/a a través de la Institución debe propender a que se le brinde un **cuidado integral**; cubriendo sus necesidades básicas, incorporándolo a través de un plan de intervención a la red social (escuela, salud) y familiar. De esta interpretación se deriva que la institución **no requiere de la autorización del Tribunal** en caso de salidas de vacaciones, salidas de fines de semana **con familia biológica y extensa**; a excepción de que exista restricción de visitas o las salidas.

No obstante lo anterior, el Director/a de los Centros Residenciales **deberá solicitar autorización al Tribunal** en los siguientes casos:

* + Casos de Protección vinculados a terceros y/o no consanguíneos.
	+ En casos de prohibición expresa determinada por el tribunal.
1. Como buena práctica cada vez que un niño/a ingrese a una residencia, el Tribunal deberá adjuntar a la orden de ingreso, certificado de nacimiento y las pericias que estén disponibles en el SITFA, con el fin de entregar el máximo de antecedentes al equipo de la Residencial, vía mail o materialmente.
2. Si los **padres biológicos son reticentes** a dar cumplimiento de las visitas con los hijos/as, la residencia debe informar al Tribunal a fin de que se tomen las medidas correspondientes, por ejemplo, apercibimientos, revisiones de medidas o interposición de oficio de susceptibilidad de adopción.
3. La residencia debe investigar acerca de la familia extensa o biológica tanto la **línea materna como paterna**, a fin de procurar el egreso del NNA en el menor tiempo posible.
4. Cuando un NNA realiza **abandono** de la residencia se debe informar al Tribunal dentro de las **24 horas,** a fin se emita su orden de búsqueda.
5. Si el NNA **se reintegra** en la residencia, debe ser informado en **24 horas** al Tribunal para dejar sin efecto la orden.
6. En los casos que requiera de alguna medida paralela, modificación, suspensión o cese de la medida debe indicarlo claramente en su “**titulo**” y no incluirlas en escritos genéricos que digan “**INFORME**” ya que hace más lenta su resolución, ejemplo: cuando solicitan EGRESO.
7. En los casos que la residencia estime necesario realizar alguna intervención de la red que requiera de orden del Tribunal, debe justificar la petición, e indicar el programa a derivar (ej.; no colapsar el sistema con solicitudes impertinentes o inoficiosas.)
8. En casos de problemas de salud mental; la residencia no debe solicitar al Tribunal la hospitalización del NNA, sino que dirigirse a su consultorio quién deberá otorgar la interconsulta respectiva o a un sistema de urgencia según el caso.
9. La residencia que solicite traslado de NNA a otra residencia, deben solicitarlo al Tribunal, con la vacante correspondiente para su traslado y con la justificación técnica correspondiente.
10. **Maltrato a NNA**: en caso de estos casos, se debe **informar inmediatamente** al Tribunal, independiente de la información a Sename, para que el Tribunal evalúe una medida cautelar o reparación al niño.
11. En los casos de cierre de las residencias, deben informar tal situación con un mínimo de **60 días de anticipación**, y solicitar los **egresos más complejos** (con tercero), y luego los traslados o egresos con familia biológica. Resulta claro que la residencia debe hacerse cargo de todos los NNA, en su totalidad, y buscar las alternativas posibles.
12. El Tribunal de Familia deberá verificar que los informes en cumplimiento al Art. N° 74 (Informe de Permanencia de niños/as en residencia) estén numerados en forma correlativa y se éstos informen sobre los avances de la Intervención Familiar (ver contenidos de informe de permanencia establecidos en flujograma). Las Residencias deberán rendir cada **tres meses** la **informe de situación actual**, dando cumplimiento al Art. 74 de la ley de Familia.
13. Se acuerda como buena práctica que en la orden de ingreso de un NNA a Residencia, deberá formar parte de la resolución la siguiente frase independiente de los plazos establecidos, “si la residencia cuenta con nuevos antecedentes antes de la audiencia fijada por el Tribunal, que ameriten la posibilidad de egresar al NNA, y/o derivar a otros programas de la red, antes de la audiencia fijada al efecto, deberá hacerlo presente al Tribunal en el mas breve plazo.”
14. Se acuerda que la residencia tendrá un plazo de 20 días hábiles (un mes) para presentar el despeje inicial del caso, iniciando el envío de informes correlativos al Tribunal de Familia correspondiente según el flujograma.
15. Se acordó la habilitación de módulo especial de la Base de datos SENAINFO para los/as jueces de familia, bajo los módulo “consulta histórica y vacantes”, por tanto los centros residenciales deben mantener al día sus registros.
16. Se excluye del procedimiento judicial el “téngase presente”, en situación de permanencia de niños/as y adolescentes en residencia.
17. Las residencias no podrán vincular a niños/as con padrinos/madrinas con fines de responsabilización por su cuidado, mientras se encuentren en proceso de intervención con su familia biológica o extensa o cuando se encuentren en proceso de susceptibilidad de adopción. Esta estrategia puede ser evaluada como la última alternativa para restituir el derecho del niño/a a vivir en familia, previa autorización del Tribunal de Familia correspondiente.
18. Las residencias aportarán en la identificación de parientes de la red familiar del NNA a su cuidado, anotando en el *Informe de Evaluación* integral los nombres completos y Rut de los parientes paternos y maternos de manera de despejar la red vincular. Además en una grilla anexa al *Informe de Permanencia*, se anotarán nuevos parientes que visiten a los NNA o cuando se tenga conocimiento y se pueda individualizar la filiación.
19. **Flujo-grama de tramitación e intervención de niños/as y adolescentes en protección residencial:**



Este flujo-grama responde a las acciones y coordinaciones necesarias de mantener entre la judicatura y los Directores/as de proyectos residenciales, quienes junto a sus equipos técnicos han de tener en consideración en los diferentes momentos del circuito de protección al que están sujetos los niños/as privados de cuidados parentales.

1. **Ingreso.**

En esta etapa el equipo residencial recibirá o solicitará del SITFA los informes de evaluación diagnóstica existentes (OPD-AADD u otros) y establecerá las coordinaciones necesarias.

 Luego, puede enfrentar los siguientes escenarios:

* Profundización de los antecedentes si la evaluación ya ha sido realizada por otro proyecto.
* Evaluación Integral si no hay antecedentes.
* Solicita al Tribunal de Familia Evaluación de un proyecto DAM. (si no cuenta con Recursos Humanos suficientes).

 Los Centros Residenciales deben solicitar el egreso en cualquier momento del proceso de intervención conforme el interés superior del niño/a y en consideración a que la medida de protección es excepcional y transitoria mientras se restablece el derecho del NNA a vivir en familia.

Asimismo, en cualquier momento, deben pronunciarse respecto a la situación de abandono del niño/a y/o *habilidades parentales* de sus padres o adultos responsables, teniendo en consideración el Sistema de Detección Precoz.

1. **El Informe de Evaluación Psico-Social**

El equipo de la Residencia presenta a los 20 días hábiles los hallazgos de la evaluación integral o profundización del diagnóstico del caso y propone la mantención de la medida en la residencia o puede solicitar:

* 1. el egreso del NNA con adulto protector, con o sin apoyo de otro programa ambulatorio de la red de Sename o local.
	2. el egreso de la residencia a un Programa de Familia de Acogida.
	3. Iniciar causa de susceptibilidad de adopción en casos de abandono, cesión o en casos de incompetencia parental crónica debidamente respaldada.
	4. Puede hacerlo ingresando informe escrito y/o solicitando audiencia presencial con o sin el niño/a y la familia.-
1. **Los Informes de Permanencia**

Cuando corresponde evacuar el primer informe, vale decir al cuarto mes de ingresado el niño/a a la residencia (considerando que al primer mes se informó al Tribunal mediante informe de evaluación psico-social) el equipo del Centro Residencial tendrá en su poder la evaluación integral del caso, que incorpora la profundización diagnóstica de las competencias parentales y ha elaborado el plan de intervención individual (PII), el cual se encuentra ejecutando. Debe presentar el Informe de Permanencia Nº 1, el cual reflejará que el plan está elaborado.

Especificará resultados de la evaluación de competencias parentales, situación o estado de abandono del NNA e identificará a nuevos parientes consanguíneos de la red familiar si corresponde.

De acuerdo a los lineamientos técnicos de Sename, el plan (PII) deberá consignar:

* Una breve síntesis de la evaluación integral del niño/a.
* Objetivos del plan con el niño/a o adolescente, con su familia o adultos significativos.
* Las actividades coherentes con los tres ejes de intervención a desarrollar, educativo, psicológico y familiar-social (fecha y responsables de su ejecución).
* Los resultados esperados y tiempo estimado para la ejecución de las actividades.
* Sugerencias u observaciones individuales.
* Registro periódico del estado de avance.

 Posteriormente, el informe de permanencia Nº2 y Nº3 correspondientes al 6 y 9º mes desde el ingreso del niño/a a la residencia, darán cuenta de las decisiones y los avances preliminares de la intervención, preferentemente relacionados con la decisión de intervenir con familia biológica o extensa para la reunificación familiar, sintetizando aspectos claves del proceso de intervención en tres ejes: familiar, psicológico, educativo, sintetizando las acciones claves efectuadas por ejemplo: de vinculación, visitas, adaptación del NNA, crisis, redes etc.

 En caso de que el niño aún permanezca en la residencia, el informe de permanencia Nº4 debe dar cuenta de la evolución del caso en una audiencia presencial y considerando que 1 año de intervención es un tiempo extenso, se debe proponer al Tribunal de Familia las proyecciones de egreso del caso o la justificación técnica de continuar procesos de intervención si corresponde.

Se espera que el informe de pre-egreso y egreso, es decir que NNA esté viviendo bajo el cuidado de un adulto protector en su familia biológica, extensa, adoptiva, o sin vínculo de consanguinidad.

1. **Egreso**

Como el **egreso con un adulto protector puede producirse en cualquier momento** del proceso de intervención descrito en el flujo, y dependerá de cada caso en particular, los hitos necesarios de cautelar son:

* + 1. El momento de concluir la intervención con la familia biológica o extensa y respaldar la decisión de vinculación del NNA con terceros no consanguíneos.
		2. El momento apropiado para declarar *susceptibilidad de adopción, poniendo énfasis en los niños/as detectados a través del SDP.*
		3. El momento de justificar la mantención de la medida de protección hasta el egreso a la vida independiente a cargo de la residencia o de la familia de acogida.

**FORMATO INFORME DE PERMANENCIA**

Este formato fue co-construido y testeado con una muestra de proyectos de Centros Residenciales de la Región Metropolitana durante el año 2010 y se sugiere su utilización homogénea por parte de todos los centros residenciales a nivel nacional:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORME CORRELATIVO Nº**  |  |  |
| **INFORME SITUACIÓN DE PERMANENCIA DE NIÑO/A EN CENTRO RESIDENCIAL A TRIBUNALES DE FAMILIA** |
| Tribunal**:**  |  |  |
| **Causa RIT:**  |  |
| Causa ROL:  |  |
| **I. IDENTIFICACION CENTRO RESIDENCIAL**  |
|  | Código Sename:  |  |
| Nombre Institución:  |  |
| Nombre Director/a:  |  | Fono (fijo/celular):  |  |
| Fecha del Trimestre Informado:  | Desde:  |  | Hasta:  |  |
| Fecha de despacho del informe a Tribunales de Familia  |  |
| **II. IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO O NIÑA**  |
| Nombre completo:  |  |
| Fecha de Nacimiento:  |  | Edad:  |  | Sexo:  |  |
| Rut / Run:  |  |
| Nivel escolar:  |  | Curso:  |  |
| Nombre Establecimiento Educacional  |  |
| Presencia de Necesidad Especial o Discapacidad  | Si  |  | No  |  |
| Especifique (Tipo o Diagnóstico)  |  |
| Fecha de Ingreso al Centro Residencial:  |  | Tiempo de Permanencia  |  |
| Fecha de resolución que decreta última medida  |  | Plazo  |  |
| Asiste Programa asociado *( Indicar nombre del programa, indicar temática y si pertenece o no a la red de Sename)*1  |  | Fecha ingreso al programa  |  |
| Tiempo de permanencia en el programa  |  |
| Tiene hermano/a (s) en la Red Sename  | Si \_\_\_  | No \_\_  | Nombre: Dónde:  |  |
| Con o sin vinculación y frecuencia de la misma  |  |
| Nombre de la madre:  |  | Se desconoce  |  |
| Rut Madre:  |  |
| Nombre del Padre:  |  | Se desconoce  |  |
| Rut Padre  |  |
| Identificación de otro/s adulto/s significativos de la red familiar con  | 1.  |
| Rut  |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| quien se trabaja el egreso. (Indicar parentesco) o que lo/la visiten o se tenga conocimiento.  | Fono Contacto  |  |
| 2.  |
| Rut  |  |
| Fono Contacto  |  |
| 3.  |
| Rut  |  |
| Fono Contacto**:**  |  |
| Visitas y salidas con adultos de la red familiar consanguínea *( señale periodicidad y relación de apego)*  |  |
| Visitas y salidas con terceros adultos no consanguíneos *( fundamente y señale periodicidad y relación de apego)*  |  |
| Situación de abandono *( fundamente*)  |  |
| **III. INTERVENCIÓN CON EL NIÑO/A O ADOLESCENTE** *(Indicar estado de adaptación a la residencia mencionando sólo aspectos relevantes de su desarrollo bio-psico-social conforme los objetivos y resultados esperados del PII)*  |
|  |
| **IV. INTERVENCIÓN Y AVANCES PARA LA REINSERCIÓN FAMILIAR** *(Indicar avance del Plan de Intervención Familiar, ya sea en la línea materna, paterna, extensa, adopción u otro, particularmente estado del proceso de acercamiento familiar si se encuentra viviendo bajo el cuidado de un adulto protector).*  |
|  |
| **V. PROYECCIÓN DE EGRESO Y OPINIÓN PROFESIONAL:** (*Señalar pronóstico indicadores del egreso del niño o niña; definición de plazos, tareas o proyecciones por cumplir con los adultos protectores).*  |
|  |
| **VI. OTRAS OBSERVACIONES:** (*Aludir a otros aspectos que no estén contemplados en los ítemes anteriores, pero que resulten relevantes para el Tribunal de Familia en el contexto de la permanencia del niño o niña en el Centro Residencia.)*  |
|  |
| **VII. CONCLUSIÓN** *(Señalar la conclusión final y justificar la mantención de la medida o en su defecto si se sugiere una modificación aducir a cambios tales como: por territorialidad, al modelo de familia de acogida, ingreso a atención ambulatoria, entre otros.)*  |
|  |
| **Nombre y Firma Director/a:**  |
|  |
| **Nombre y Firma Profesional que informa:**  |

**FORMATO OFICIO AL TRIBUNAL DE FAMILIA**

|  |
| --- |
|  **Oficio solicitud** (ingreso/egreso) **Fecha**:………………………. A: SR. SEÑOR JUEZ DE FAMILIAPor el presente vengo a solicitar el **EGRESO/INGRESO** de XXXXXXXXX, nacido el XXXXXXXX , Rut 0000001-1. Se adjunta Informe social.- Saluda atentamente a usted.,  \_\_\_\_\_\_\_\_Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo |

|  |
| --- |
| I. ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN DE ADOLESCENTES, USUARIOS/AS DE CENTROS RESIDENCIALES, HACIA LA VIDA INDEPENDIENTE. |

### I.- PRESENTACIÓN:

La preparación de los adolescentes para la vida autónoma representa un aspecto fundamental en el proceso de restitución de derechos y reinserción social de la población atendida en el sistema proteccional de Sename, en cuanto aborda la responsabilidad del Estado, a través de las instituciones colaboradoras por aquellos usuarios/as que deberán egresar desde espacios de cuidado alternativo a la autonomía que significa la vida adulta.

En general, se advierte que un porcentaje de alrededor del 7% de los niños, niñas y adolescentes atendidos en el sistema residencial de Sename[[32]](#footnote-32), carecerán de espacios de vida en familia que apoyen sus procesos de crecimiento y desarrollo. Para ellos/as la adecuada planificación vinculada a la etapa de desvinculación del sistema proteccional es un aspecto altamente relevante, el cual definirá en gran medida la armoniosa transición hacia la adultez y las propias responsabilidades que esta etapa conlleva.

En ese sentido, será responsabilidad del sistema entregar a este segmento de la población atendida, los elementos necesarios para que puedan desenvolverse autónomamente a su egreso.

Para estos efectos, la presente minuta recoge lineamientos técnicos básicos para la formulación de un programa de esta naturaleza, y entrega información acerca del número de jóvenes actualmente vinculados a procesos de preparación para la vida independiente desde la praxis cotidiana de los usuarios/as en cuidado alternativo, sea éste en centros residenciales o en familias de acogida.

**II.- ENFOQUE DE DERECHOS: LA AUTONOMIA PROGRESIVA (Art. 5 CDN)**

El enfoque de derechos humanos aplicado a la infancia se basa en el reconocimiento del niño como sujeto de derechos[[33]](#footnote-33). “Ser niño no es ser menos adulto, la niñez no es una etapa de preparación para la vida adulta. La infancia y la adolescencia son formas de ser persona y tienen igual valor que cualquier otra etapa de la vida. Tampoco la infancia es conceptualizada como una fase de la vida definida a partir de las ideas de la dependenciay subordinación a lospadres u otros adultos. La infancia es definida como una etapa de desarrollo efectivo y progresivo de la autonomía personal, social y jurídica”.

El Art. V de la Convención señala lo siguiente: “Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.”[[34]](#footnote-34)

Desde esta perspectiva por tanto, si bien el ordenamiento jurídico no otorga al niño/a la autonomía plena debido a consideraciones vinculadas a su madurez sí señala que el ejercicio de derechos es progresivo en virtud de la evolución de sus facultades, y que a los demás les corresponde la dirección y orientación para el ejercicio de los derechos.

De acuerdo a ello, la responsabilidad por el apoyo y protección del desarrollo del niño para que adquiera progresivamente autonomía en el ejercicio de sus derechos corresponderá a la familia y al Estado.

Al operativizar los conceptos vertidos anteriormente podemos visualizar claramente las responsabilidades, en torno al desarrollo de la autonomía progresiva, que corresponden a los ejecutores de la política de protección en el caso de aquellos niños/as que no cuentan con la protección, conducción y apoyo de sus familias de origen.

Esta responsabilidad se encuentra reflejada en las variables integrales del desarrollo que conforman al ser humano: lo biológico, psíquico y social. En todos estos aspectos encontramos claros espacios de apoyo para la promoción y mantención de la salud física y emocional, para el desarrollo de las potencialidades y capacidades de acuerdo a los propios intereses y al establecimiento de vínculos relacionales armónicos y seguros. Cada etapa etárea es momento de aprendizaje y corresponde a los adultos evaluar las necesidades de apoyo y facilitar el mejor logro de los propósitos.

El momento identificado entonces como preparación para la vida independiente se encuentra enmarcado en los derechos a la autonomía progresiva, y ha sido mediado por una serie de acciones y apoyos. Para efectos prácticos entenderemos esta etapa como aquella en la que intervienen adolescentes sin apoyo de su entorno familiar, a partir de los 15 años y hasta su egreso de la situación residencial, la cual de acuerdo a definiciones legales, no será posterior a los 24 años.

**3.- COMPONENTES DEL PROGRAMA DE PREPARACION PARA LA VIDA INDEPENDIENTE:**

El logro de la plena capacidad de autogobierno requiere por tanto de apoyo y protección especiales. Como se señaló anteriormente para la operacionalización y definición de programas de trabajo de preparación para la vida independiente se hace necesario identificar los variados ámbitos que requieren de apoyo, en particular en la situación de vida en un centro residencial.

Entenderemos por tanto como preparación para la vida independiente el fortalecimiento de los procesos de desarrollo integral, de aquellos jóvenes residentes en establecimientos de cuidado alternativo que no cuentan con referentes protectores en espacios de vida en familia, y su acceso a las herramientas y oportunidades necesarias para avanzar hacia la concreción de sus proyectos de vida autónoma de acuerdo a sus propios intereses.

Líneas programáticas vinculadas:

**Planificación educativa**

La principal área a trabajar para fortalecer al grupo objetivo y darle las herramientas necesarias para desenvolverse autónomamente en la sociedad, es sin duda la educación.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que en muchos casos se trata de adolescentes que presentan trayectorias escolares discontinuas, retraso escolar, en algunos casos de muchos años o definitivamente ausencia de escolaridad y analfabetismo.

Por tanto, es necesario para este grupo la aplicación de programas alternativos de recuperación de la escolaridad, que se ajusten a sus características y sean capaces de entregarles los conocimientos básicos de lenguaje y matemáticas en plazos concentrados.[[35]](#footnote-35)

No obstante, esta acción por sí sola es insuficiente, en cuanto el adolescente requiere poder sustentar su vida cotidiana al dejar de contar con el apoyo del sistema estatal de protección, en cuyo caso el desarrollo de habilidades para la vida coherentes a un proyecto personal, son fundamentales. Es decir, requiere poder ser empleado o desarrollar un autoempleo como microempresario, lo que exige una preparación específica.

**Formación para el trabajo**

De acuerdo a lo anterior, el adolescente requiere participar de procesos de capacitación laboral que lo habiliten en el desarrollo de un oficio remunerado y de formación para insertarse apropiadamente en el mundo del trabajo.

Ello representa para el programa individual de preparación para la vida independiente, la incorporación de los usuarios/as a alternativas como las descritas a través de los programas que entrega Sence, Fosis u otros, para lo que será necesario considerar al menos un año de formación y otro de inserción laboral, antes de considerar el egreso de la línea residencial. Por tanto, en este punto es importante tener en cuenta que un joven adscrito a programas de capacitación laboral podrá permanecer en la red hasta los 24 años de edad[[36]](#footnote-36).

Complementario a los procesos de formación laboral se encuentra la de las habilidades sociales conducentes a la búsqueda y mantención del trabajo.

**Salud**

Aunque forma parte de las acciones para el desarrollo integral de los adolescentes, corresponde mencionar como un elemento aparte, por su relevancia, es deber de los centros cuidar que todos los jóvenes estén inscritos en los centros de salud comunal que les corresponde, de forma que los usuarios/as se encuentren con condiciones de salud física y mental que permitan su normal desenvolvimiento en la sociedad, o que se les provea de los tratamientos y apoyos necesarios en casos de patologías de diverso tipo, de manera de llegar a un estado en que las condiciones de salud no sean obstáculo para el desarrollo individual e inserción social. Particularmente cuando se asocian problemáticas de salud mental, discapacidad o enfermedades crónicas como VIH-Sida, Diabetes u otras.

Especial consideración durante el proceso de intervención en la etapa de la adolescencia reviste la atención al desarrollo sexual y su profilaxis.

**Vivienda y destrezas de vida independiente**

Un aspecto básico para la incorporación a la vida ciudadana de las personas, es contar con un lugar dónde habitar, sea propio o arrendado, pero al que sus habitantes reconozcan como su casa o su hogar.

Por tanto, este es un aspecto básico en los programas de intervención para la vida independiente de los adolescentes atendidos en el sistema proteccional, que representa determinar procedimientos para concretarlo. Esto puede ser a través del arriendo de piezas donde habiten en grupos pequeños de pares. La organización interna debe fomentar la participación y la autonomía del/la adolescente.

En relación al acompañamiento del personal de la residencia para la atención directa de los jóvenes en este proceso, su número y carga horaria estará determinado por el grado de autonomía evaluado en los/las adolescentes, sin embargo, es deseable un soporte adulto que transite paulatinamente a la autonomía total, en todo caso la participación de los adultos protectores siempre será inferior a la proporción establecida en las orientaciones generales de las distintas modalidades de centros residenciales.

**Vida cotidiana**

Por lo general la vida al interior de los centros residenciales es altamente estructurada y con limitadas posibilidades para ejercitar habilidades interpersonales necesarias para la vida independiente, por tanto promocionar la adquisición progresiva de habilidades específicas desde el espacio residencial cotidiano, es imprescindible, un itinerario progresivo de asunción de responsabilidades para consigo mismo/a y la casa deben ser incorporados. Algunos de los ámbitos a incorporar son las habilidades de gestión del dinero, planificar gastos y prioridades, prevención de riesgos y emergencia, la compra y preparación de alimentos, de limpieza y orden de los espacios, de limpieza de ropa, de normas de convivencia, horarios, auto-cuidado, tomar sus horas médicas, entre otras acciones de la vida diaria que pueden ser ejercitadas.

**Redes, recursos y servicios comunitarios**

Los adolescentes requieren del conocimiento de los servicios existentes en la comunidad y como utilizarlas.

**2.- SITUACIÓN ESCOLAR ( Vigentes 31 de Agosto año 2009), de acuerdo al Estudio Caracterización del perfil de niños, niñas y adolescentes atendidos en centros residenciales de SENAME, UNICEF/SENAME año 2010:**

La mayoría de los niños y adolescentes en protección residencial, se encuentra cursando la enseñanza básica, la que se extiende hasta jóvenes de 17 años.

Un porcentaje importante de pre-adolescente y adolescentes sobre los 13 años se encuentra aún en cursos correspondientes a la enseñanza básica (32%), lo anterior, sobre una población vigente de N=9.508 en centros residenciales de mayores.

El 90% de niños y jóvenes asiste de forma regular a la escuela, un 3% no asiste y el otro 6% restante, se reparte entre las categorías ‘desertor’ y ‘asiste interrumpidamente.

Existe también un porcentaje de niños/as y adolescentes que se encuentra en educación diferencial (12%).

La siguiente tabla muestra el nivel de escolaridad alcanzada por esta población:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Escolaridad**  | **Frecuencia**  |  **Porcentaje**  |
| Sin escolaridad |  249 |  2,6 |
| Pre-escolar  | 944  | 9,9 |
| Básica | 5.738  | 60,3 |
| Media | 1.230 | 12,9 |
| Superior | 13 | 1 |
| Diferencial | 1.186 | 12,5 |
| Programa Especial | 78 | 8 |
| Sin Información | 57 | 6 |
| No corresponde | 13 | 1 |
| TOTAL | 9.508 | 100,0 |

De acuerdo a estos datos[[37]](#footnote-37) es posible destacar que existe un grupo de jóvenes que se encuentra escolarmente atrasado para su edad, por tanto, la mayor parte de jóvenes se encuentran en actividades escolares o pre-laborales, lo que estaría indicando un desfase respecto de su edad y necesidades educativas especiales que han de ser abordadas. Al mismo tiempo, se visualiza otro grupo que expresa una situación especial dentro de la red de atención de SENAME, también con necesidades educativas especiales, de capacitación y de preparación a la vida independiente que han de ser propias a su situación de discapacidad.

|  |
| --- |
| J.- MINUTA TÉCNICA SOBRE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS PARENTALES EN NIÑOS PRIVADOS DE CUIDADOS PARENTALES EN UN CONTEXTO DE INTERRELACIÓN SISTÉMICA DE LA OFERTA Y BATERÍAS DISPONIBLES PARA LA EVALUACIÓN. |

**I. Antecedentes**

Esta minuta técnica ha sido elaborada con el propósito de visibilizar las necesidades de relación y coordinación de la oferta residencial de Sename con los programas ambulatorios existentes en el territorio, como una forma de fortalecer la urgencia de los niños/as que se encuentran institucionalizados o en la indefinición respecto de su situación familiar, de contar con el apoyo de la red local como consecuencia de vulneraciones graves de derechos que han significado la separación de su familia de origen por situaciones de grave vulneración que se encuentran judicializadas por decisión de un Tribunal de Familia.

Para la línea residencial y los programas de familia de acogida, reviste especial importancia desarrollar todo tipo de intervenciones que contribuyan al restablecimiento oportuno del derecho a vivir en familia de cada niño, niña y adolescente, comenzando por evaluar las posibilidades de reunificación familiar y la oferta territorial disponible que hará de soporte al proceso de fortalecimiento y reinserción familiar. Se precisa también, de instrumentos confiables que permitan fundamentar la toma de decisiones respecto de las competencias de cuidado y protección presentes en los adultos responsables de la crianza o dispuestos a asumirla, dado los vínculos afectivos existentes con el niño/a o adolescente.

Para ello, los lineamientos técnicos de los centros residenciales y de los programas de acogimiento, contemplan la realización, profundización o **actualización de la evaluación de las competencias parentales / marentales, con el objeto de determinar el plan de intervención y pronóstico de egreso con el adulto/s protector/es, en el más breve** **plazo.** Coordinando en ese proceso la participación de otros actores que pudieran aportar para alcanzar con éxito una intervención destinada a revertir incompetencias parentales.

Por la relevancia que conlleva esta situación y el impacto vital que significa para la vida del niño/a, es que se hace del todo necesario aportar a los equipos técnicos que se encuentran trabajando en protección residencial y acogimiento familiar con lineamientos e instrumentos que acompañen los procesos de evaluación e intervención. Lo que se pretende es determinar la existencia o no de las capacidades necesarias para asegurar la crianza y desarrollo de los niños y niñas en el contexto de una familia; permitiendo tomar las mejores decisiones para su protección.

Lo explicitado, significa valorar las competencias de los padres / madres en su propia situación de vulnerabilidad y trabajar por la re-unificación familiar estimulando la visibilización de esta población en coordinación con los programas ambulatorios, cuando se ha evaluado que la intervención residencial o de parte de otros proyectos externos, en correlación a las posibilidades de revertir las incompetencias, se encuentra en rangos positivos y se admite como la oportunidad legítima del niño/a de recuperar a su familia biológica, en una primera opción; o en su defecto, se admiten inter-disciplinariamente, incompetencias graves de carácter irreversible o crónico que advierten peligro para la integridad física o psicológica del niños/a.

La evaluación de competencias parentales para la protección de niños, niñas y adolescentes que se encuentran privados de cuidados parentales, debe considerar los siguientes propósitos:

1. Proponer las **medidas de urgencia** más adecuadas y oportunas para proteger a los niños/as víctimas de situaciones de negligencia, violencia y malos tratos y asegurarles sus derechos de protección inmediatos.
2. Obtener una **evaluación de la situación psico-social de la familia** y de los referentes afectivos directos, vale decir, padre, madre y parientes consanguíneos conocidos de la línea materna y/o paterna.
3. Obtener una **evaluación de las competencias parentales / marentales específicas para la crianza**, de los adultos potencialmente responsables detectados en la familia nuclear o extensa, o eventualmente de adultos significativos sin relación de consanguinidad, con el propósito de lograr la reinserción familiar definitiva, respetando los vínculos afectivos que el niño/a pudiera tener.
4. Obtener un diagnóstico de competencias parentales irreversibles para la **declaración de susceptibilidad de adopción**, si fuese el caso.
5. Diseñar un plan de intervención para el fortalecimiento de las competencias de los adultos identificados como protectores mediante una **intervención familiar de corto o mediano plazo[[38]](#footnote-38)**.
6. Evaluar el **grado de afectación** y las necesidades de intervención terapéutica de los niños/as o adolescentes dañados por las incompetencias parentales.

El proceso de evaluación de las competencias parentales mientras el niño/a se encuentra en acogimiento residencial o familiar, debe ser entendido como una urgencia vital destinada a poner en práctica una intervención socio-familiar, cuya finalidad es apoyar la recuperación de la parentalidad o iniciar oportunamente la desvinculación de las figuras parentales. Al mismo tiempo, se espera favorecer, la toma de decisiones respecto de la posibilidad de atención ambulatoria si se detecta algún adulto responsable y valorar la necesidad de realizar intervención clínica, con el objeto de re-significar las consecuencias de la negligencia y de los malos tratos de los cuales han sido víctimas, incluyendo los efectos de la separación y/o de conductas desprotectoras ocurridas en su familia de origen.

A partir de esta evaluación se obtendrá un diagnóstico de la situación familiar y de esta forma se podrá proponer a los Tribunales de Familia[[39]](#footnote-39) correspondientes, las medidas más adecuadas y oportunas para afrontar la intervención familiar destinada a niños y niñas institucionalizados. Las residencias podrán solicitar al Tribunal de Familia competente, apoyo de un proyecto de Diagnóstico Ambulatorio – DAM, para efectuar esta evaluación, si no se cuenta con los recursos humanos suficientes para realizarla.

Las sugerencias de la evaluación deben asegurar condiciones de protección que propicien un desarrollo sano de los niños y niñas, teniendo en cuenta argumentos contundentes y las necesidades individuales propias de cada caso, entre las cuales pueden estar las siguientes:

* Ofrecer a los padres y/o adulto significativo los recursos para mejorar sus competencias parentales, a través de un programa de rehabilitación parental, que permita el fortalecimiento de las capacidades parentales/marentales, cuando se han detectado posibilidades de re-unificación familiar.
* Ofrecer a los niños y niñas los recursos psico-socio-educativos y terapéuticos indispensables para la reparación del daño provocado por la situación de abandono y malos tratos en un contexto de protección basado en un acogimiento familiar o residencial transitorio.
* Ofrecer al niño y niña otra alternativa de cuidados parentales y atención en un programa ambulatorio (COSAM, CESFAM, de la red de SENAME: PIE-PIB-PRM, PPC etc.), derivación a un programa de familias de acogida o inicio de procesos de susceptibilidad de adopción cuando existen indicadores para ello, valorando en cada caso evaluado[[40]](#footnote-40) la participación del niño/a de acuerdo a su etapa del desarrollo y velando por el cumplimiento de los procedimientos técnicos determinados por el Departamento de Protección de Derechos y de Adopción relativos a estos procesos.

A modo de complemento, cabe describir el contexto familiar de los niños/as y adolescentes privados de cuidado parentales, con los aportes del reciente estudio denominado “Caracterización del Perfil de Niños/as en Centros Residenciales de Protección” realizado por UNICEF (2010). Considerar que en la caracterización de la familia se destaca que:

**La Familia:**

* En un 69% se trata de familia pobre no indigente
* El tamaño de las familias de los niños/as es de 3 a 5 personas
* Se encuentra un 39% de situaciones de madre sola como jefatura de hogar
* En un 48% se reportan situaciones de madre negligente
* En un 29% se registran situaciones de padre negligente y maltratador (22%)

 **Las principales Causales de ingreso que se reportan son:**

* Negligencia de padres: 40%
* Maltrato: 32%
* Abuso sexual: 13%

**Sobre los niños/as ingresados a centros residenciales:**

* Mujeres en un 58%
* Hombres: 42%
* Edad promedio: 11 años
* Edad promedio de ingreso: 8,4 años
* Educación básica: 60%
* Educación Diferencial: 12%
* No están en situación de abandono: 87%

**El ingreso es solicitado por:**

* Centros de observación, tránsito: 45%
* Familiares: 35%

Otro aporte que permite contextualizar de mejor forma la realidad de las familias chilenas adscritas a la red residencial de Sename lo aportó el monitoreo (2008-2010) de los Programas de Reinserción y Fortalecimiento Familiar – PRF, modelo que aportó en aspectos cualitativos, es así como respecto del perfil del sujeto ingresado/a al programa da cuenta de una variabilidad de situaciones, entre las que se nombran:

* “Niños/as que se caracterizan por situaciones familiares de baja complejidad y que eventualmente podrían haberse atendido en programas ambulatorios.
* Niños/as que se caracterizan por un alto nivel de complejidad sin referentes familiares, con trastornos conductuales severos, declarados en abandono o jóvenes adultos prontos a egresar a la vida independiente.
* Niños/as con baja permanencia en protección residencial, donde aún existe vínculo y con buen pronóstico de egreso.
* Niños/as caracterizados por un mal pronóstico de reinserción familiar y con largas permanencias.
* Familias invalidadas o ausentes en la política de gestión e intervención que realiza el centro residencial, se dificulta así régimen de visitas, salidas y otras instancias de relación entre los niños/as y sus familias.” (Informe final Monitoreo de Programas de Fortalecimiento y Reinserción Familiar (PRF), Línea Residencial , Deprode, Servicio Nacional de Menores, año 2008)

Otro aspecto que aportó este monitoreo, se refiere al estudio exploratorio sobre opinión de usuarios, niños y adultos usuarios del programa. Al respecto, cabe considerar que entre sus conclusiones se destaca que para los adultos atendidos por el programa los “factores de orden emocional como sentirse considerados, escuchados, bien tratados, consiguen un importante grado de aprobación de parte de los adultos y niños/as, en el mismo tenor, los adultos declaran que les gustaba ser visitados en su domicilio por los profesionales y que esto les sirve de gran ayuda, pero que no se mantuvo en el tiempo. Por otra parte, los adultos/as asociados a estos programas reportaron débiles redes de apoyo familiar o social, se aprecia ausencia de personas que sean soporte a la parentalidad, asimismo, se encontró que presentaban situaciones altamente complejas asociadas a severas inhabilidades para asumir el cuidado de sus niños/as, trastornos psiquiátricos, dependencias al alcohol y a las drogas y VIF. Otros antecedentes que les caracterizan señalan que los adultos en su mayoría son analfabetos o funcionalmente incapaces de leer, siendo el porcentaje mayoritario de potenciales adultos cuidadores, mujeres”. (Informe Final, Estudio Exploratorio Sobre Opinión de Usuarios del Programas de Reinserción y Fortalecimiento Familiar – PRF - Línea Residencial , Deprode, Servicio Nacional de Menores, año 2009).

Reconocidas las necesidades de los niños/as privados de cuidados parentales de incorporarse de manera estable a una familia protectora y lo delicado que resulta para los equipos definir el curso a seguir basándose en evidencias sólidamente fundadas, resulta del todo relevante, evaluar con instrumentos que hayan demostrado algún grado de validez y confiabilidad en programas sociales; no obstante, el tema de la fehaciente predictibilidad, sea un punto discutible.

Conforme a lo anterior, las profesionales responsables de la línea centros residenciales y familias de acogida del Área de Gestión Programática del Deprode, han iniciado un proceso de análisis de distintos instrumentos de evaluación de competencias parentales que se están utilizando a nivel nacional o internacional y que han sido propuestos como buenas prácticas de expertos, académicos y equipos técnicos de la red de Sename, para evaluar en el contexto del acogimiento residencial.

A continuación, una breve nota descriptiva de estos instrumentos de evaluación que la unidad ha podido conocer y que se encuentran en proceso de análisis para su monitoreo directo. Se contextualiza de esta forma, una gama de posibilidades que estarían disponibles, en razón de los objetivos y particularidades de los casos que se atienden y que se estima necesario testear de forma que sea posible rescatar ventajas o desventajas de su aplicabilidad en población usuaria de la red de Sename privada de cuidados parentales.

1. **GUÍA DE EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS Y LA RESILIENCIA PARENTAL** (Jorge Barudy y Maryorie Dantagnan).

Este aporte se obtuvo mediante la socialización realizada por los autores a personal de Sename en un seminario de capacitación del año 2010, coordinado por la línea de diagnóstico. El material fue socializado junto al documento denominado: **“orientaciones técnicas para el diagnóstico y abordaje transversal de las competencias y habilidades parentales en el ámbito de la protección de derecho”,** elaborado por las profesionales de esta línea de Gestión Programática,

La señalada propuesta incluye la evaluación de las competencias parentales de apego, empatía, modelos de crianza, capacidad de participar en redes sociales. Valora también el impacto que pudieran tener las incompetencias parentales en los niños/as y los factores contextuales, para finalmente concluir en un categorización cualitativa que va desde situación muy preocupante para el niño/a hasta situación no preocupante: padres con recursos suficientes; considera también una categoría que alude a informaciones contradictoria y poco concluyentes.

La propuesta sugiere, para evaluación de las competencias parentales de los adultos potencialmente responsables de niños/as que se encuentran privados de cuidados parentales, la utilización de las siguientes fichas que se encuentran en estudio de parte de la línea residencial:

**Propuesta:**

Para fines de evaluación de las competencias y habilidades parentales, aplicar de las siguientes Fichas:

Ficha Nº 1 la 4

Ficha Nº 14 a la 18

Ficha Nº 19 a la 30, se relacionan con las pautas de crianza según grupo etáreo de los niños y niñas (entre 0 y mayores de 2 años).

Fichas Nº 41 a la 49, se relacionan con los factores contextuales que estarían influyendo en las competencias parentales y que resultan relevantes considerar.

Ficha Nº 31, permite evaluar la participación de los padres o cuidadores en su red social.

Para el Fortalecimiento de Competencias Parentales se sugiere las Fichas:

Ficha Nº 1 la 4

Ficha Nº 14 a la 18

Ficha Nº 19 a la 30, se relacionan con las pautas de crianza según grupo etáreo de los niños y niñas (entre 0 y mayores de 2 años)

1. **BATERIAS ESPAÑOLAS U. DE SEVILLA**

Se cuenta también con una batería de instrumentos estandarizados de evaluación aportados por la Universidad de Sevilla (España), obtenidos mediante una relación de colaboración con el Departamento de Psicología Evolutiva y Educación de esa casa de estudios, lo anterior se gesta a raíz de una investigación realizada en una muestra de 120 niños/as y sus familias de acogedoras adheridas a los Programas de Familia de Acogida del Servicio. Estudio en el que, las profesionales de la línea residencial han participado como contraparte y guía de la profesional que la lleva a cabo como tesis de doctorado.

En la actualidad, la investigación se encuentra en etapa de procesamiento del trabajo de campo efectuado durante dos (2) años y se espera contar con los resultados finales en el transcurso de este año. Los instrumentos aplicados en esta investigación con familias chilenas son:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DIRIGIDO A** | **INSTRUMENTO** | **EDAD DE** **APLICACIÓN** | **RESULTADO A OBTENER** |
| Acogedores (adultosresponsables) | PSDQ | todas | Estilos educativos de los acogedores |
| PSI | Hasta los 10 años | Estrés parental |
| SIPA | 11 años en adelante | Estrés parental |
| ASSIS | todas | Apoyo Social |
| EBI | todas | Satisfacción de necesidades básicas |
| HOME | todas | Calidad de estimulación en el hogar |
| Acogidos (niños, niñas o adolescentes) | THE PICTORIAL | Hasta 4 años | Auto-estima pre-escolar |
| WHAT I´m LIKE | Escolares Básica | Auto-estima escolares Básica |
| Rosenberg | 11 años en adelante | Auto-estima adolescentes |
| Battelle (screening) | 0-7 años | Desarrollo e Inteligencia |
| K-BIT | 8-17 años | Inteligencia |
|  | SSRS | 4 años en adelante | Habilidades sociales y rendimiento escolar |
| Profesorado | SDQ | 4 años en adelante | Dificultades y problemas de conducta |
|  | Escala estatus sociométrico | Escolares Básica | Integración social en el grupo de pares |

1. **ESCALAS DE EVALUACIÓN FAMILIAR DE CAROLINA DEL NORTE PARA REUNIFICACIÓN FAMILIAR (NCFAS-R)**

Conociendo la importancia y el impacto que puede tener en la vida del niño/a las decisiones que los equipos técnicos deben tomar en torno a las competencias de sus progenitores o adultos responsables de su crianza, se estimó necesario conocer los instrumentos que está utilizando el Programa de Familia de Acogida “Laura Vicuña”, administrado por la Sociedad de Asistencia y Capacitación. Al respecto, Sename a través de la línea residencial, logró obtener la licencia directa de este instrumento de evaluación, en la **Red Nacional de Preservación Familiar** (National Family Preservation Network, NFPN), perteneciente a la División de Investigación y Evaluación de Programas ILR, Inc., Durham, North Carolina.

Este instrumento consiste en evaluar las competencias parentales desde un enfoque integral del funcionamiento de la familia, con el objeto de promover una re-unificación exitosa, en casos de niños/as y adolescentes que se encuentran privados de cuidados parentales.

La escala cuenta de cinco (5) ámbitos generales que son: Entorno - Competencias Parentales - Interacciones Familiares – Seguridad Familiar – Bienestar del niño/a (utilizables en evaluación de programas preventivos de fortalecimiento familiar); más dos dimensiones especialmente diseñadas para evaluar la re – unificación que son: Ambivalencia Cuidador/a - Niño/a y Preparación para la Reunificación, lo que hace un total de siete (7) dimensiones, aplicables en casos de niños/as privados de cuidados parentales.

Dentro de las características de este instrumento cabe destacar su valoración positiva en los servicios sociales mundiales como una herramienta válida y confiable destinada a programas que procuran el bienestar infantil. De manejo amigable, permite valorar fortalezas y debilidades dentro de rangos cuantitativos de clara fortaleza hasta problema serio; aportando así al desarrollo de una planificación individualizada, con metas claras para **diseñar la intervención** o los servicios necesarios, asimismo, admite avalar sugerencias para la toma de decisiones y detectar pequeños cambios en el funcionamiento familiar durante intervenciones breves o intensas. Permite calificar avances con evaluaciones pre y post ingreso y egreso de los niños/as de un programa social.

Vinculado con la aplicación de este instrumento, se encuentra en proceso, en el curso de este año, 2011, un taller de competencias parentales con un grupo proyectos de distintas modalidades de la línea residencial (RPP-RPM-RDD) destinado a conocer debilidades y fortalezas en la aplicación de este instrumento.

1. **OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.**
* PMF - Inventario Potencial del Maltrato Infantil (PMF- Screening)
* Instrumento de evaluación programas de familias de acogida conocimientos y destrezas del padre/madre cuidador y plan de capacitación (Instrumento adaptado del I.D. Human Services, Foster Parent Evaluation and Training Plan).
* Pruebas de autoestima validadas en Chile Escala de autoconcepto para niños de PIERS – Harris para niños entre 8 y 12 años. ( sólo en papel)

De las revisiones realizadas e instrumentos recabados, la línea residencial ha diseñado un plan de trabajo que aspira a emitir una orientación fundada sobre las pruebas disponibles para evaluar competencias parentales en la línea centros residenciales y programas de familia de acogida mediante resultados de la aplicación del instrumental de evaluación efectuada por los equipos profesionales de una muestra piloto de proyectos de familias de acogida y residencias.

|  |
| --- |
| K.- ORIENTACIONES PARA LA INCLUSIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON NECESIDADES ESPECIALES EN RESIDENCIAS DE PROTECCIÓN  |

**I. ANTECEDENTES GENERALES**

Cualquier Servicio gubernamental abocado a la protección de derechos de la infancia y la adolescencia ha de tener incorporada la mirada de las necesidades especiales de atención que pudiesen presentar niños/as y adolescentes durante su proceso de desarrollo.

Las necesidades especiales, cuando se constituyen en una situación previsiblemente permanente deben ser entendidas como la define la nueva Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ratificada por el Estado de Chile en Agosto del 2008, allí se las conceptualiza como ***“aquellas necesidades especiales (físicas, mentales*** ***intelectuales, sensoriales) que al interactuar con diversas barreras y actitudes*** ***del entorno impiden la participación plena y efectiva en la sociedad en*** ***igualdad de condiciones con los demás”.*** (Preámbulo, inc. e).

Esta definición pone en el centro a estos grupos, en el sentido de que deben ser visibilizados como personas que aportan; ya no es un problema de salud y rehabilitación radicado en sí mismos/as, si no un imperativo de equidad social que debe resolverse incorporando a los niños/as y adolescentes con **necesidades especiales (NE)** en igualdad de condiciones con los demás a la vida en sociedad y restitución de derechos cuando se encuentran en situación de vulneración, por ende la responsabilidad de la inclusión ya no es sólo del sujeto si no que está basada en una comunidad que lo protege proporcionando los soportes, recursos, ayudas técnicas, adecuaciones y ajustes necesarios.

El concepto actual de integración es tolerante de la diversidad ya que introduce el reconocimiento de la autonomía e independencia individual de los niños/as y adolescentes con capacidades diferentes, valorando su dignidad intrínseca, sus aportes y todos sus derechos como los relacionados con la participación, opinión y toma de decisiones relacionadas con ellos/as mismos, derecho a la educación inclusiva, a la salud y rehabilitación de calidad, de acceso a la justicia, a vivir en familia y a no ser separado de ella por la discapacidad, entre otros, y por supuesto de ser especialmente protegidos contra todo tipo de explotación abuso o situación de vulneración,

Esto último, porque se reconoce que este grupo se encuentra más expuesto a ser víctima de vulneraciones de distinto orden. Esta perspectiva se orienta a diseñar y ejecutar acciones mancomunadas con los distintos actores sociales incorporando “ajustes razonables” cuando sea posible, entendiendo por tal, el crear las condiciones favorables, remover obstáculos, y/o realizar las adecuaciones necesarias para garantizar las oportunidades, el disfrute o ejercicio de derechos, en pie de igualdad con los demás. Los esfuerzos van dirigidos a asegurar que los niños/as y adolescentes sean protegidos e incluidos dentro de una comunidad sensible que los visibiliza, que se abre a la diversidad sin discriminación y acepta las necesidades especiales como desafíos que forman parte de su responsabilidad social.

En este contexto, es posible iniciar nuevos desafíos con relación a la infancia y adolescencia, vale decir, abrir espacios reales de inclusión para niños/as y adolescentes vulnerados en sus derechos por situaciones de negligencia o violencia, que presentan alguna discapacidad asociada.

Así entendido, es que el Servicio estima altamente recomendable **incluir en su oferta de centros residenciales un 10% de cupos** destinados aniños/as y adolescentes gravemente vulnerados que presenten cualquierdiscapacidad discreta o moderada asociada, sensorial, mental o física[[41]](#footnote-41). Porende, su incorporación a la oferta disponible, sin ninguna discriminación portipo de discapacidad, edad, género, etnia o cualquier otro atributo personal ode su entorno socio-familiar que pudiere presentar.

Por esta razón, se espera que las propuestas para ejecutar proyectos residenciales que se presenten en las próximas licitaciones, estén centradas en la restitución de los derechos vulnerados que dieron origen a la medida de protección residencial y que consideren la inclusión de niños/as con discapacidad como una singularidad, que se asoció a la situación y que se hace necesario contemplar como una variable más del perfil del sujeto.

La presentación de datos de diagnóstico, del sujeto y la explicitación de estrategias para la aplicación de una metodología inclusiva de trabajo del centro resulta importante, incluyendo metas destinadas a favorecer el respeto a las diferencias en la vida diaria y como parte de la intervención profesional, en los vínculos con las familias, con los pares, etc. son aspectos necesarios de considerar.

Planificar también, el diseño de la auto-evaluación rescatando esta experiencia que se formaliza como un ejercicio interventivo, el cual arrojará aprendizajes, permitirá corregir errores, reforzar avances e idealmente sistematizar la experiencia de protección residencial inclusiva con la riqueza de los elementos operativos favorables o desfavorables que sólo la práctica puede rescatar.

En conclusión, se espera que los niños/as sean beneficiados al ser incluidos en todo el quehacer convivencial y de intervención profesional que se ha fijado el centro residencial para cualquiera de sus usuarios/as, niños/as y familias.

A continuación orientaciones complementarias a las Bases de Licitación Residencial destinadas a favorecer los procesos de inclusión de niños y niñas en los centros residenciales mediante directrices que enmarcan criterios para operacionalizar y enriquecer los aportes que pueden significar para la población habitual de las residencias la experiencia de acoger y potenciar el desarrollo de niños/as con capacidades diferentes.

**II. CONSIDERACIONES PARA LA INCLUSIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN CENTROS RESIDENCIALES**

El objetivo primordial de la inclusión de niños/as y adolescentes en centros residenciales consiste en generar condiciones favorables en la comunidad residencial y en los espacios socio-comunitarios que permitan la adaptación y la aceptación de las capacidades diferentes, entendidas como particularidades o diferencias connaturales a la diversidad existente en cualquier grupo humano.

Significa realizar un trabajo de **sensibilización** al interior de las residencias incorporando a los pares, equipos profesionales, auxiliares y familias, considerando además a las personas que visitan el centro o que forman parte de las redes con el propósito de facilitar y poner en conocimiento de la comunidad de manera respetuosa la inclusión de un niño/a con capacidades diferentes, se trata de aportar a un cambio cultural que haga de la diversidad un valor, incentivando prácticas de convivencia en la diferencia y contextualizando desde las fortalezas individuales y de la experiencia colectiva de interrelación, también responder dudas y despertar acogida sensible de los integrantes de la comunidad residencial u otros involucrados.

Esta experiencia traducida a la realidad concreta debe poner en común el ser niños, niñas o adolescentes que presentan situaciones de vulneración dolorosas que se comparten y se viven desde la tolerancia a las formas de ser y sentir, incluyendo las particularidades individuales, no obstante, éstas pueden ser asumidas por la comunidad como variables que enriquecen la convivencia y generan instancias de desarrollo, encuentro y solidaridad.

Sin lugar a dudas, la operativa implica incorporar cambios y significará tensiones que deberán traducirse en los **“ajustes razonables”[[42]](#footnote-42)** que sean posibles, entendiendo por tal, el crear las condiciones favorables, remover obstáculos, y/o realizar las adecuaciones necesarias para garantizar las oportunidades de acceso, participación, buen trato, autonomía entre otras.

Por ende, significa el disfrute o ejercicio de derechos, en pie de igualdad con los demás niños/as o adolescentes residentes. Como por ejemplo: adaptaciones del espacio físico para permitir desplazamientos, explicación de instrucciones o normas individualizadamente con apoyos concretos, ayuda para ejecutar hábitos de la vida diaria, reforzamiento escolar diferencial u otras medidas que sean apropiadas para el caso. etc.

Se asegurará, por tanto la intervención en igualdad de condiciones de todos los objetivos específicos propuestos para la atención residencial, considerando los ámbitos psico y socio-educativo, terapéutico o psicológico y socio-familiar. No será extraño lidiar con acontecimientos que surgen de la discriminación social instalada en los distintos contextos, escolar, social, y en el mismo espacio residencial, de parte de compañeros/as y/o adultos en infinidad de escenarios adversos producto de la contingencia diaria, situaciones que deben ser modeladas y mediadas educativamente y que pueden y deben constituirse en “material” de trabajo de la residencia, impulsando diversos aprendizajes personales o comunitarios, la disposición es que sean vistos como oportunidades de mejora continua de las cuales es posible sacar partido a favor del bien común.

Cabe destacar, que el perfil del sujeto de atención con capacidades diferentes reviste al igual que todos los niños/as la variable transversal de etapa evolutiva, resulta clave comprender que los niños/as con necesidades especiales pueden presentar diferencias y desventajas, no obstante, cursan los procesos del desarrollo y presentan evolución y superación de etapas, adquisición de capacidades y competencias como todo niño/a. En este sentido, el ambiente **“normalizador**” y las oportunidades de socialización que puede brindar la residencia se espera se conviertan en un aporte sustancial a la vida del niño/a.

Un aporte desde esta mirada se encuentra implícito en la nueva Convención de Derechos, donde se marca la evolución de un modelo asistencialista o rehabilitador a uno comunitario, se trata de servicios orientados a la calidad de vida y a la participación social de los niños/as con capacidades diferentes, distinto del modelo bio-médico, por ende, el abordaje actual está basado en **derechos** y en un **modelo de recursos** o apoyos entendido como estrategias que facilitan el desenvolvimiento exitoso de un niño/a o adolescente en los diferentes contextos vitales en que le corresponde participar, lo cual implica pro-actividad, diversificación y creación de apoyos personalizados para cada niño/a. Cabe aquí hacer notar las particularidades implícitas en la discapacidad física, sensorial o mental que impondrán la necesidad de implementar diferentes recursos de apoyo, sin embargo, la orientación siempre irá dirigida a visualizar las ayudas técnicas y recursos metodológicos, (audífonos, silla de rueda, lentes, bastones, implementos o aparatos que aporten a la autonomía, carteles, memorización de rutinas, modelaje de conductas etc.) posibles de implementar con el aporte intersectorial público o privado, con el círculo de relaciones sociales y voluntariado del centro y también con los recursos presentes en el capital humano de la propia residencia, pero siempre respetuoso de la propia autodeterminación del niño/a o adolescente.

Así concebido implica una manera diferente de organizar las respuestas a las necesidades de los niños/as con NE que se encuentran acogidos en protección residencial,

En definitiva, las estrategias de apoyo se derivan del perfil del caso y determinan diferentes tipos de apoyos que se han de concretizar a través de una variedad de actividades y acciones. La calidad de vida de los niños/as con capacidades diferentes en las residencias supone esfuerzos planificados en las diferentes instancias y momentos de la intervención residencial, desde el ingreso-acogida, hasta el pre-egreso y egreso, con los componentes estipulados para la intervención técnica en los centros residenciales, es decir, intervención familiar, psico y socio educativa y terapéutica.

Es importante considerar que la inclusión de los niños/as y adolescentes con NE se mejora a través de la propia autodeterminación, las relaciones humanas, las ayudas técnicas y el desarrollo de actividades positivas, significativas y con sentido para desenvolverse en su medio. Esto incluye diversas dimensiones que forman parte del bienestar físico y psicológico del acogimiento, posibilidades de desarrollo de las competencias personales, sentirse parte del grupo, progresar en la escuela, aceptación familiar y social, auto-estima, entre otros aspectos a considerar.

Lo fundamental es la integración en la vida del colectivo residencial día a día haciendo confluir estrechamente la participación de niños/as y adolescentes con NE basada en su propio punto de vista pero también entramada en la co-regulación con los otros/as (inserción en actividades recreativas, deportivas, rutinas, salidas, celebraciones, prácticas religiosas, etc.) Esta mirada ha de plasmarse en un proceso de trabajo colaborativo para ayudar al niño/a o adolescente a resignificar su historia de vulneración y construir su propio desarrollo reconociendo sus fortalezas individuales más que sus limitaciones y las posibilidades que surgen al coordinar una red de apoyo que se abre para ayudar en su desarrollo.

La construcción del plan de intervención individual – PII - desde las preferencias del niño/a y con la familia, es clave, lo determinante es que se formulen planes y metas consensuadas y factibles que permitan la superación de obstáculos, implicando a la familia y también a las personas del centro, Educadores de Trato Directo, profesores de la escuela, compañeros/as de la residencia que conviven o comparten los espacios de la vida diaria, enfatizando el valor de las redes que surgen de forma natural como fuente de apoyo o recursos.

Este criterio supone aciertos y des-aciertos en el proceso hacia una meta, exige reflexión y análisis, nuevos intentos generando diversas estrategias o ayudas que puede recibir el niño/a para lograrlo. En concreto significa que el equipo técnico de la residencia trabaje y colabore conjuntamente. Cuestiones como definir quién va a liderar y coordinar las acciones del plan, quien se hará responsable o asumirá qué tareas, quién gestionará las ayudas técnicas y apoyos que se requiere para conseguir esos resultados esperados, quién hará seguimiento de las acciones con el niño/a, con la familia, en la red etc., éstas y otras acciones que se determinen forman parte de las responsabilidades que deben ser asumidas por todo el equipo residencial.

**III. SOBRE LA COORDINACION INTERSECTORIAL Y DE REDES.**

En este aspecto son válidas las orientaciones generales dadas en las Bases Técnicas para centros residenciales, no obstante, es de gran importancia puntualizar algunas especificidades a tomar en cuenta en el caso de niños/as con NE.

Primordial resulta que la residencia se informe de la oferta educacional disponible para los niños/as con discapacidad, vale decir, jardines infantiles de la Junji e Integra que han incorporado esta variable, las escuelas comunes con programa de integración, escuelas de lenguaje, especiales en discapacidad intelectual, liceos u otros centros de educativos que pudieran responder en mejor forma a las necesidades educativas especiales de los niños/as, visualizando opciones que se encuentran presentes en la oferta educación pública o privada, es especialmente relevante hacer efectivo el **derecho a la** **educación inclusiva** en los términos planteados por la Convención de Derechos del Niño en condiciones de igualdad de oportunidades, asistencia regular, disciplina escolar compatible con la dignidad humana del niño3 y el deber de desarrollar su “personalidad, aptitudes y la capacidad mental y física hasta el máximo de sus posibilidades”4.

Respecto de necesidades especiales de salud corresponde que ésta sea atendida desde la red servicios de atención dispuestos por Minsal hasta la búsqueda de apoyos apropiados en centros de rehabilitación acorde al tipo de discapacidad, física, sensorial, intelectual o mental que el niño/a requiera.

Las coordinaciones con institutos o fundaciones privadas como Teletón, Aspaut, Coanil u otros centros especializados en discapacidad, puede ser un complemento necesario de incluir.

**IV. SOBRE LA NTERVENCIÓN FAMILIAR**

Los centros residenciales deben trabajar fuertemente el eje de intervención familiar con el objeto de lograr que un adulto significativo asuma el cuidado definitivo de los niños/as, objetivo que es igualmente válido para niños y niñas con NE, en este sentido, la familia es considerada como la agrupación vital para la protección y la crianza de cualquier niño/a y más aún si presenta necesidades especiales de atención, siendo la influencia y modelaje personalizado que efectúa la familia determinante cuando se trata de crecimiento y desarrollo, personalidad o conducta en niños/as que requieren apegos seguros, estimulación precoz y apoyos especiales.

La presencia de un niño/a con capacidades diferentes, sin lugar a dudas significó un factor interviniente más que tensionó la estructura familiar cualquiera sea su condición o multiplicidad de factores que le afecten, lo indispensable será generar los apoyos a esa condición de vulnerabilidad **comenzando por afiatar los vínculos** entre adultos y niños/as, favorecer la superación de las fases de aceptación de la discapacidad, potenciar las competencias parentales para superar la negligencia y desarrollar las responsabilidades de protección acorde a las necesidades especiales específicas de niño/a.

Por ende, la intervención familiar en estos casos tendrá matices comunes y específicos a todos los casos. El centro residencial debe estar preparado para orientar, respetar y construir las posibilidades junto a las familias, debe calmar la ansiedad de los adultos, proporcionar espacios para asimilar las modificaciones que se requieren en el sistema familiar.

Desde esta perspectiva el acompañamiento familiar se considera clave para transitar hacia una parentalidad o marentalidad competente en los adultos identificados como figuras protectoras, se trata de darles oportunidad para que desarrollen su proyecto de vida familiar herramientas para el bienestar y desenvolvimiento social, mientras el centro residencial modela aspectos de la conducta del niño/a y aporta en la adquisición de habilidades y aprendizajes que contribuyen a la estabilidad familiar, en definitiva media para crear un clima que favorece la integración familiar y el bienestar del niño/a en un contexto comunitario y de redes sostenible.

Algunos ejemplos prácticos en este sentido lo constituyen los apoyos directos que proporcione el equipo técnico de la residencia, por ejemplo: visitas domiciliarias para favorecer autonomía de la familia y del niño/a en su medio, promover la ayuda mutua y la asociatividad junto a otras familias de niños/as con capacidades diferentes u otras peculiaridades en común que deban ser asumidas.

**V. SOBRE LA INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA**

Este eje de trabajo puede ser relevante frente a las necesidades de resignificación del niño/a con discapacidad, resignificar la ruptura o el abandono de sus figuras de origen, procesar etapas del duelo y de la aceptación de sus desventajas, necesidad de contención o estabilización, entender la crisis o las necesidades de re-acomodación de la familia, disipar mitos y miedos, o apoyar la resignificación de situaciones de abuso o maltrato cuando no se ha logrado la inclusión en la red habitual de prestaciones, son todas situaciones que requerirán apoyo terapéutico de parte de la residencia o de proyectos complementarios que le apoyen en esta tarea o al menos que le asesoren para ello (PRM – programas de reparación en maltrato o PAD – programas ambulatorios de discapacidad, si hubiere), los cuales deben incluir a los niños/as con NE en igualdad de condiciones, cuestión que corresponde sea cautelada por el equipo residencial.

Frente a la atención de las experiencias traumáticas vividas por el niño/a o adolescente gravemente vulnerado con NE, en cualquiera de sus formas, se requiere igualmente, atención en crisis, contención y comprensión de sus vivencias. Siempre existirá la necesidad de levantar hipótesis respecto de la necesidad de psicoterapia, cuidando de no abrir procesos de tratamiento o desarrollar vínculos terapéuticos que sean inoperantes o en su defecto que por desconocimiento en este sentido se agregue una forma de vulneración de derechos desde la omisión, ya que la intervención clínica del maltrato en niños/as vulnerados con discapacidad requiere un ejercicio particular de resignificación, no sólo para los propios niños/as y sus familias sino también para el profesional que lo asume como un desafío que le demandará aprendizajes y especial cuidado.

De la experiencia recabada en este sentido desde algunos Programas de Maltrato de la red de Sename, se señala la importancia de establecer vínculos de calidad, con los sujetos de atención, como sustento de cambios para la intervención reparatoria con los niños/as con NE, incluyendo la idea de “tutores de resiliencia”, propuesta, entre otros por J. Barudy o Cyrulnik, en que pueden convertirse los/as profesionales de los equipos. Se coincide en postular que las intervenciones están situadas, es decir existen contextos, entre otros, territoriales, culturales, sociales, que tienen su impacto en los procesos de intervención y la importancia de integrarlos en los análisis, al momento de tomar las decisiones, cuestión de la cual los centros residenciales no están exento

|  |
| --- |
| L.- ESTÁNDARES MÍNIMOS DE CALIDAD PARA LA ATENCIÓN RESIDENCIAL  |

**I.- PRESENTACIÓN:**

El actual documento tiene como propósito el constituirse en aporte sustantivo para el incremento continuo de la calidad de la atención que se entrega a los niños, niñas y adolescentes que ingresan a los centros residenciales del Departamento de Protección de Derechos del Servicio Nacional de Menores.

La calidad como concepto que involucra respuestas eficaces a necesidades, se encuentra presente en la misión del Servicio Nacional de Menores. Desde esa perspectiva el presente documento viene a contribuir a esta exigencia al entregar criterios de calidad técnicamente pertinentes y actualizados.

En ese marco, y coherente con los hallazgos derivados de instancias de sistematización de la ejecución anual de la línea de acción residencial, y con estrategias modernas de gestión se formula la presente guía como una forma de realizar un aporte a todos los actores involucrados en la atención de los centros residenciales del Deprode, y fundamentalmente a los niños, niñas y adolescentes que a diario ingresan, permanecen y egresan de los centros residenciales del Servicio.

**II.- ANTECEDENTES:**

El acogimiento de niños, niñas y adolescentes en “Hogares” ha sido una respuesta histórica a la infancia vulnerada, y ha experimentado una serie de cambios como producto de los avances en materia de derechos introducidos por la Convención de los Derechos del Niño/a, Convención de los Derechos de la Discapacidad, y avances teóricos en materia de intervención infanto adolescente.

Como algunos de los avances nacionales en los últimos 10 años aproximadamente, es pertinente señalar la disminución del número de niños/as en sistemas de internación, la personalización de la atención y la adecuación a sistemas con condiciones de vida familiar, la creación de diferentes modalidades de residencias de acuerdo a la demanda del sujeto de atención, y muy fundamentalmente la creación, fortalecimiento e incremento de diversas modalidades ambulatorias de intervención que prevengan la separación del niño/a de su familia.

Por otra parte, la Ley 20.032 ha venido a establecer con claridad mayores requerimientos para el ingreso del niño/a a residencias de forma que ésta se produzca cuando se hubiesen agotado otras opciones para el desarrollo del niño/a en un medio de vida familiar. De la misma forma se entiende como una medida transitoria y de excepcionalidad.

Durante el año 2007, y con el propósito de contribuir a la mejora continua de la atención de los centros residenciales, el Departamento de Protección de Derechos del Servicio Nacional de Menores, en su Área de Gestión Programática, llevó a cabo una sistematización de la ejecución programática de la Línea de Acción Residencial, del primer año posterior a su proceso de licitación realizada a partir del segundo semestre del año 2005.

Paralelo a ello se inició un proceso de reflexión sobre la gestión de la calidad para la Línea de Acción Residencial.

La autoevaluación de los proyectos y programas sociales, como la evaluación por entidades externas a éstos no es una tarea fácil y resuelta, por cuanto, por una parte, la valoración de las respuestas a las demandas planteadas por el usuario/a contiene condicionantes subjetivas.

De acuerdo a ello, la presente formulación viene a constituir un aporte en ese espacio de interacciones sociales, de forma de responder a la responsabilidad del Estado de asegurar condiciones igualitarias y de calidad sobre las cuales las propias instituciones pueden generar aún mayores niveles de exigencia. La autoexigencia institucional en esta materia tiene que ver con procesos reparadores de heridas psicológicas y aún físicas evidenciadas por nuestros niños, niñas y adolescentes. Desde esta perspectiva el ingreso de un niño, niña o adolescente en un centro residencial tiene o debe tener características terapéuticas en un sentido amplio, o sanadoras de las experiencias de vulneración experimentadas. De esa forma, la contribución del establecimiento de estándares de calidad mínimos, se estima sustantiva.

Por otra parte, el presente documento contiene antecedentes en la historia del Servicio vinculados a iniciativas de establecimiento de normas técnicas para la atención residencial. En la actualidad Sename cuenta con normativa legal y orientaciones diversas para sus diversas modalidades y programas, sin embargo la línea de acción residencial requiere de un cuerpo organizado de indicadores, actualizado, que identifique los mínimos cuyo cumplimiento facilitará la entrega de una respuesta efectiva a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes.

La formulación de estos indicadores o estándares de calidad realizó como una tarea compartida, a través de diálogos técnicos con representantes de equipos de trabajo de centros residenciales, y jornadas. La capacitación en gestión de calidad del año 2008 a la cual fueron invitados representantes de todas las residencias a nivel nacional, también representó aportes significativos para la presente formulación.[[43]](#footnote-43)

En adición a las acciones de participación sostenidas con equipos técnicos y supervisores/as de los centros residenciales, se hicieron esfuerzos para conocer directamente la opinión de los niños, niñas y adolescentes propósito de la intervención de los centros residenciales realizando entrevistas directas y grupales, aplicando una encuesta de opinión y analizando los resultados de la encuesta de satisfacción de usuarios/as que se aplica en la supervisión. Además de ello, se tomó contacto con familias de los niños/as de forma de incorporar su opinión en el presente documento.

Todas las instancias anteriores, jornadas de diálogo e intercambio, como documentos internos del Departamento, documentos internacionales que muestran buenas prácticas en esta materia[[44]](#footnote-44), han dado por resultado este primera propuesta la cual se ha definido como **Estándares Mínimos de Calidad para la Atención Residencial.**

**¿Porqué estándares?:** Porque representan la conceptualización moderna en materia de calidad. Definen medidas de eficacia y permiten la autoevaluación tanto como la evaluación externa de la mayor parte de los procesos que intervienen en la atención residencial. Por otra parte disminuyen la subjetividad y permiten el desarrollo institucional y personal al contar con puntos de referencia específicos.

**¿Porqué mínimos?:** Porque establecen una base común, susceptible de alcanzar, a la cual todos los niños, niños y adolescentes tienen derecho y la cual permite la obtención de resultados. A partir de esta base común, las instituciones desarrollarán su propia práctica la cual tenderá sin duda a exceder estos mínimos requeridos.

Por otra parte, los Estándares Mínimos de Calidad para la Atención Residencial necesariamente deben complementarse con los cuerpos legales vigentes, con orientaciones y circulares aportados por el Servicio, existiendo una complementariedad entre las exigencias legales ( CDN, Ley de Tribunales de Familia, Ley 20.032 y su Reglamento, Bases Técnicas de Licitación, Convenio entre instituciones colaboradoras y el Servicio), y los presentes Estándares.

Debe entenderse también que en coherencia con el dinamismo de la realidad social, los presentes Estándares no constituyen una formulación definitiva, sino que deben considerarse en revisión permanente debiendo ajustarse o modificarse de considerarse ello necesario.

**III.-ORIENTACIONES TECNICAS PARA LA ATENCIÓN RESIDENCIAL INFANTO ADOLESCENTE SOBRE LAS CUALES SE ENMARCA LA FORMULACION DE ESTÁNDARES DE CALIDAD:**

El funcionamiento de un centro residencial debe mostrar coherencia con las normativas nacionales e internacionales vigentes. En ese sentido la CDN constituye el cuerpo legal de requerimientos básicos y principal que debe tenerse presente en la atención en centros residenciales.

A partir de ello se han definido orientaciones metodológicas, las cuales han sido identificadas en las bases de licitación de esta Línea de Acción. Estas son las siguientes:

1.- La atención residencial se considera una medida de excepción y sólo cuando no existen otras alternativas en el ámbito familiar.

2.- La intervención residencial debe tener en consideración las necesidades evolutivas del niño/a, necesidades especiales, de género, étnicas, religiosas, culturales y sociales.

3.- Debe propenderse en todo momento la participación del niño/a, y de su familia cuando no existan contraindicaciones.

4.- En la atención residencial, la infraestructura, las relaciones con el personal, las rutinas cotidianas, serán entendidas como partes integrantes de procesos de intervención.

7.- La intervención residencial debe cautelar la seguridad física y emocional de los niños/as atendidos y atender a sus necesidades integrales del desarrollo.

8.- La permanencia de los niños, niñas y adolescentes en un centro residencial debe contener características terapéuticas en el sentido amplio de considerar tanto las interacciones personales como los mismos espacios, seguros, y sanadores de experiencias de vulneración vividas.

**IV.- ORGANIZACIÓN DEL DOCUMENTO.**

El presente documento se ha estructurado en base a los procesos esenciales identificados en la atención de niños/as en centros residenciales. Estos son los siguientes:

**Ingreso y acogida**

**Evaluación, Formulación y Desarrollo del Plan de Intervención Individual**

**Egreso**

A partir de ello, para cada proceso identificado se señalará lo siguiente:

* Una o más etapas de cada proceso.
* Un resultado esperado para cada Etapa del proceso.
* Uno o mas Estándares Mínimos de Calidad para cada resultado esperado.

**Sobre las etapas del proceso**: Estas pueden ser entendidas como parte integrante del proceso identificado y constituyen las acciones realizadas en forma constante y permanente por el recurso humano de los centros residenciales.

**Sobre los resultados esperados:** Su formulación pretende señalar el impacto de la intervención entregada por la residencia para los niños, niñas y adolescentes sujetos de atención o resultados alcanzables.

**Estándares:** los cuales identifican y representan uno o más requerimientos mínimos los cuales enmarcan la forma en que las acciones de intervención deben ser realizadas para el logro de los resultados esperados. Si en la praxis cotidiana se ignoran o no realizan las acciones en torno a los marcos definidos en los estándares mínimos, ello afectará necesariamente el resultado que se pretende lograr en las acciones de intervención. De acuerdo a ello y con el propósito de realizar la identificación de aquellos estándares que requieren ser en mejor forma abordados en la práctica, se les asigna un número correlacionado con el número asignado al resultado esperado del cual se trata. Todo el conjunto de estándares debe ser logrado para definir el cumplimiento con los estándares, y por tanto el logro del resultado esperado que se identifica.

La anterior formulación metodológica se ha establecido en referencia a los actuales requerimientos establecidos en las bases técnicas de licitación, a la experiencia práctica manifestada por los centros residenciales con los cuales se desarrollaron intercambios técnicos, y en consulta a marcos teóricos y experiencias internacionales en la materia. Como forma de facilitar la utilización de estos marcos normativos, las acciones de intervención, resultados esperados y estándares se agrupan en coherencia con ámbitos claves para la atención residencial.

Se ha intentado que los estándares sean cualitativos en el sentido de que nos entregan una herramienta para evaluar la calidad de vida de los usuarios/as, sin embargo su formulación permite que sean medibles.

La formulación de estándares mínimos permitirá avanzar hacia una metodología de evaluación y autoevaluación consistente y en un formato uniforme para todo el país, en base a evidencias objetivas. A partir de ello es posible también identificar buenas prácticas que exceden los requerimientos de los estándares, las cuales deben ser reconocidas e informadas.

Si bien la formulación de estándares no es la única forma de asegurar una atención de calidad al usuario/a, el contar con estas definiciones facilita la tarea de los centros residenciales y de sus supervisores/as de forma de facilitar el propósito de entregar la mejor atención posible que asegure el desarrollo individual y reduzca riesgos para la seguridad y el bienestar de los niños, niñas y jóvenes atendidos.

|  |
| --- |
| **ESTÁNDARES MÍNIMOS DE CALIDAD** |

**I.- PROCESO: INGRESO Y ACOGIDA .**

**Etapa del proceso: Ingreso del niño/a, preparación de su acogida.**

**Resultado Esperado Nº 1**

El ingreso y egreso de los niños, niñas y adolescentes del centro residencial se realiza de forma planificada y responde a sus necesidades emocionales.

**Estándares:**

* 1. El centro residencial cuenta con procedimientos establecidos para el momento de llegada, lo cual considera la presentación de los niños a los funcionarios/as y a los niños/as que viven allí.
	2. El centro residencial cuenta con una planificación de forma de preparar a los niños residentes para la llegada, como para el acogimiento del niño, niña o adolescente que recién ingresa.
	3. El acogimiento del niño recién ingresado considera la designación de un educador, profesional o técnico como figura de apoyo y referencia.
	4. Se apoya al niño ayudándole a conocer la situación que vive, y de acuerdo a su edad se le explica el motivo de su ingreso a la residencia, se reconocen sus miedos frente a la situación nueva, se facilita la expresión de conflictos dándole a conocer límites que no está permitido transgredir.
	5. Se dan a conocer al niño, las reglas internas de la residencia como también la función del equipo de trabajo del centro. Todo esto es explicado al niño en forma clara, gradual si es necesario y en función de su capacidad de comprensión.
	6. Se permite que los niños/as ingresen al centro residencial algún objeto valorado por ellos, de ser solicitado por los mismos. Se tendrá por buena práctica el regalar al niño algún objeto el cual pueda ser llevado por ellos en el momento de su egreso.
	7. Los niños/as son apoyados de forma especial en los momentos de llegada a la residencia como en la partida de ésta para expresar y reconocer sus sentimientos.
	8. Se proporcionan cuidados de forma que se otorgue seguridad.
	9. El ingreso del niño/ o adolescente a una residencia considera su lugar de origen. De efectuarse ingresos por motivos de urgencia en centros que no permiten la mantención de vínculos familiares y sociales, se realizan acciones oportunas e informadas para facilitar su traslado al centro con mayor pertinencia territorial.

**Etapa del proceso: Información disponible acerca del centro residencial.**

**Resultado Esperado Nº 2**

Los niños, niñas y adolescentes ingresados a un centro residencial, reciben información acerca de los servicios existentes en la residencia, como y por quienes serán atendidos, con quien o quienes es posible que compartan. Asimismo el centro residencial dispone de información acerca de sus rutinas y normas de funcionamiento, la cual se encuentra disponible para los padres u otras personas que lo requieran.

**Estándares:**

* 1. La residencia dispone de un proyecto de funcionamiento que da cuenta de sus objetivos, complementado con una guía sencilla para los niños/as que describe con claridad y exactitud lo que la residencia hace en beneficio de sus usuarios/as y la forma en que se entrega la atención.
	2. El proyecto de funcionamiento de la residencia se encuentra disponible para consulta del personal que trabaja en ella, así como para los padres y referentes afectivos inmediatos de los niños/as, de los jueces que realizan visitas al centro, de los profesionales del Servicio Nacional de Menores que realicen supervisiones, o de otras instituciones de apoyo técnico a la tarea del centro residencial.

**PROCESO: EVALUACION DE LA SITUACION DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE Y DEFINICION DEL PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Etapa del proceso: Evaluación de la situación del niño/a.**

**Resultado esperado Nº 3:**

Cada niño/a o adolescente ingresado cuenta con una evaluación integral de su situación la cual contempla el conocimiento de los derechos vulnerados como también las fortalezas y debilidades tanto del niño/a como de su familia.

**Estándares:**

* 1. Se cuenta con un procedimiento para realizar la evaluación la cual indique las variables a evaluar, los profesionales y técnicos que participan, los instrumentos a aplicar, y las fuentes de información.
	2. La evaluación debe adaptarse al momento evolutivo del niño/a en cuanto a sus objetivos, procedimientos y técnicas.
	3. Algunos aspectos a considerar en la evaluación:
* aspectos relacionados con la salud del niño/a
* aspectos cognitivos y del lenguaje en cuanto a recursos y déficits.
* aspectos emocionales: autoimagen, autoestima, vivencias de su historia y de su situación actual.
* aspectos del comportamiento, grado de autonomía, capacidad de autocontrol
* aspectos familiares: relaciones con el/los padres u otros significativos, situaciones de vulneración de derechos ocurridas al interior de la familia, fortalezas y debilidades en competencias protectoras
* aspectos educacionales, necesidades especiales si las hubiese.
	1. La evaluación incorpora las opiniones del niño, niña o adolescente.
	2. La evaluación incorpora las opiniones de la familia.
	3. No significa una ingerencia arbitraria en aspectos no atingentes a la situación del niño/a.
	4. Los resultados de la evaluación son informados al niño/a de acuerdo a su rango etáreo y comprensión y a su familia si no existen contraindicaciones al respecto.
	5. La evaluación es un proceso continuo la cual va incorporando nuevos conocimientos del desarrollo y situación biopsicosocial del niño/a y por tanto debe recibir actualizaciones con el propósito de guiar los procesos de intervención.
	6. La evaluación inicial se realiza en un plazo de 1 mes de realizado el ingreso. De no ser ello factible se realizan registros al respecto en la carpeta individual.
	7. Información acerca de la situación del niño/a, del desarrollo de su PII, de la proyección de egreso con su familia o con otro referente familiar es proporcionado al Tribunal que decretó la medida, en forma trimestral, de forma de apoyar la mantención o el término de la medida proteccional.

**Etapa del proceso: Definición y desarrollo del Plan de Intervención Individual.**

**Resultado Esperado Nº 4:**

Los niños, niñas y adolescentes cuentan con una evaluación integral y efectiva de sus necesidades. De acuerdo a ello sus Planes de Intervención Individuales establecen las estrategias y acciones para atender a estas necesidades las cuales propenden al desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes.

**Estándares:**

* 1. El Plan de Intervención Individual de cada niño/a establece claramente sus necesidades evaluadas, los objetivos de su ingreso, como estos objetivos día a día van a ser logrados, el aporte del recurso humano de la residencia como también de la familia. El plan de intervención incluye:
* necesidades en salud y promoción de la salud.
* necesidades de atención y cuidado incluyendo seguridad y promoción del bienestar.
* necesidades físicas y emocionales.
* necesidades educacionales y metas educacionales.
* necesidades culturales, religiosas, étnicas y la forma en que éstas van a ser respetadas y atendidas.
* necesidades en el ámbito recreacional.
* acciones a llevar a cabo para tener y/o mantener contacto con su familia, amigos y otros significativos.

4.2 Los niños, niñas y adolescentes participan en la definición del PII, de acuerdo a su nivel de comprensión.

4.3 La familia del niño/a participa en la definición del PII, si no existen contraindicaciones, y de ser posible se responsabiliza por acciones concretas en beneficio del niño/a y para resolver sus necesidades.

* 1. La evaluación integral incorpora de modo preferencial fortalezas o potencial de desarrollo del niño/a, como también de la familia o referentes significativos.

4.5 El Plan de Intervención Individual es objeto de supervisión por el personal técnico de Sename; los registros escritos y entrevistas con el niño/a dan a conocer las acciones que se realizan enmarcadas en el PII.

4.6 Los profesionales del centro residencial tanto como los educadores a cargo, frecuentemente buscan la opinión del niño/a o adolescente, y la de sus referentes afectivos en relación a la definición del PII y a su implementación, como también en lo relacionado a los cambios del Plan de Intervención Individual.

4.7 Se respeta la opinión del niño/a y se buscan medios para asegurar que su opinión sea tomada en cuenta.

4.8 Los centros residenciales que incorporan niños/as con necesidades especiales apoyan a éstos en sus requerimientos de comunicación de forma que ellos/as puedan ser sujetos activos en relación a sus definiciones de vida y necesidades e intereses cotidianos.

4.9 El PII se formula de modo personalizado y con metas a lograr factibles de ser alcanzadas.

4.10. Se incorporan al PII el plazo para alcanzar las metas definidas, y para la evaluación.

**Etapa del proceso: Revisiones de logros en las metas establecidas en el PII**

**Resultado Esperado Nº 5:**

El progreso experimentado por los niños/as y adolescentes se evalúa con regularidad.

**Estándares:**

* 1. La evaluación y la planificación de las acciones incorporadas en el Plan de Intervención Individual se realiza en forma trimestral por el equipo de intervención.
	2. El equipo de intervención del centro residencial se constituye por el/la director/a del centro,el/los profesionales asignados, educador/es y otros profesionales que se estime pertinente.

5.1 La persona encargada de la residencia adopta un rol activo en la revisión del plan individual de cada niño/a, y toma las medidas necesarias para asegurar la participación del niño/a en el proceso tanto como sea posible. En la misma forma asegura que los resultados consensuados en la evaluación sean reflejados tanto como sea necesario en la atención diaria, en la forma en que está establecido en el plan de trabajo individual.

* 1. Los procesos de evaluación del PII de cada niño/a requieren del conocimiento de las tareas del equipo del centro en beneficio del niño/a, de la participación y aporte de todos y de la coordinación entre los integrantes del equipo.
	2. El niño/a y su familia toman parte en los procesos de evaluación, adecuando la participación a los momentos evolutivos de los niños/as.

**Etapa del proceso: Mantención de vínculos y contactos con la familia o referentes significativos para los niños/as.**

**Resultado esperado Nº 6:**

Los niños/as y adolescentes mantienen contactos positivos con sus familias, amigos/as y otras personas que tienen un rol significativo en sus vidas.

**Estándares:**

6.1 A los niños/as se les entrega apoyo concreto para el contacto positivo con sus padres, familiares y otras personas significativas, y son motivados a mantener contactos periódicos con quienes sea pertinente.

* 1. Información acerca del contacto del niño/a con sus padres, familiares y otros significativos es analizada con el niño/a durante el proceso de acogida y estos elementos son incorporados en el Plan Individual. Cualquier restricción de visita o contacto basados en la protección del niño/a es claramente informado al usuario/a. Contactos como visitas, llamados telefónicos, emails cuando esté disponible y cartas serán facilitados al niño/a cuando no haya restricciones técnicas que lo impidan.
	2. La institución deberá formular una orientación escrita para el personal en lo relacionado a los contactos con padres, familiares u otros, la cual contenga:
* Los derechos de los padres o familiares y otros a mantener contacto con el niño/a.
* Cuando sea necesario, el derecho del centro residencial a supervisar los contactos de forma de cautelar la seguridad del niño/a, y de los otros niños/as en el centro residencial.
* la forma en que se motivará a los padres, familiares y amigos a incorporarse en actividades de la residencia.
	1. El centro residencial deberá disponer de espacio/s adecuados para la realización de las visitas.
	2. De considerarse necesario, personal del centro residencial efectuará sugerencias de actividades a los padres y/o familiares del niño/a, a realizar durante las visitas, de forma de potenciar la calidad de los espacios de encuentro. Los contactos de la familia con el niño/a deben propiciarse desde el ingreso y fortalecerse durante la permanencia. Ello constituye un indicador de buen pronóstico al egreso.
	3. El centro residencial, directamente o a través de un programa externo o adosado a la residencia, es responsable de la realización de acciones de intervención familiar para propiciar el mas pronto egreso a una situación familiar estable.

**Etapa del proceso: Intervención con la familia.**

**Resultado esperado Nº 7:**

Se realiza intervención con la familia en aquellos aspectos necesarios para fortalecer las competencias parentales.

**Estándares:**

* 1. La intervención con la familia tiene como propósito movilizar a los padres o quienes ejercen su rol, de forma de motivarlos para el cambio.
	2. Se cuenta con evaluación de la situación de la familia y de las competencias de protección y cuidado.
	3. Aún en el caso de que no sea adecuado que el niño/a se reinserte en su familia, se procura mantener y mejorar los vínculos de forma que el niño/a pueda preservar su identidad familiar y desarrollar su propia identidad.
	4. La intervención con la familia ayuda a ésta a percibir las necesidades de los niños/as tanto físicas como psicológicas, y por tanto el cómo responder a ellas.
	5. La intervención con la familia apoya en los siguientes aspectos:
* mejora en competencias personales y sociales (habilidades domésticas, higiene, salud, resolución de conflictos al interior de la familia y fuera de ésta, manejo de stress, comunicación).
* mejora en relaciones familiares
* derivación a redes sociales, y/o programas especializados.
	1. Se hace presente a los padres o quienes ejercen su rol que el ingreso al centro residencial es una medida de apoyo, y sólo por el tiempo necesario para que la familia reasuma su rol.
	2. De evaluarse en forma positiva se definirán con la familia la periodicidad de los contactos con el niño/a o visitas, las cuales podrán ser en el centro residencial o en el hogar de la familia, señalándose la frecuencia, duración, lugar, personas que se encuentran autorizadas para visitar al niño/a.
	3. Las visitas o contactos del niño/a con la familia reciben seguimiento de forma de asegurar que éstas no constituyen riesgos de maltrato para el niño/a y/o de realizar los apoyos que las familias y el niño/a requieren.
	4. Si no se realiza una visita programada con la familia, el niño/a debe recibir información acerca de lo ocurrido y permitir y acoger la expresión de los sentimientos que pueden ser de frustración.
	5. Los niños/as que no reciben visitas deben disponer de alternativas de apoyo.

**Etapa del proceso: Atención a aspectos del desarrollo evolutivo**

**Resultado esperado Nº 8:**

La atención del centro satisface las necesidades evolutivas de niños, niñas y adolescentes, sean éstos de los rangos de lactantes, de primera infancia, niños y niños preescolares, escolares y adolescentes.

**Estándares:**

8.1 El centro residencial mantiene un programa de atención especial para los niños/as hasta 3 años en sus aspectos físicos, psicomotor, cognitivo, lingüístico, socioemocional de estimulación temprana, incluyendo la proporción educadores-niños/as y la capacitación y competencias de los mismos, de forma de responder proactivamente con acciones cotidianas a los riesgos de la deprivación ambiental y trato inadecuado.

8.2 El centro residencial mantiene un programa de atención especial para los niños/as preescolares en sus aspectos físicos, psicomotor, cognitivo, lingüístico, socio emocional, incluyendo la proporción educadores-niños/as y la capacitación y competencias de los mismos, de forma de responder proactivamente con acciones cotidianas a los riesgos de la deprivación ambiental y trato inadecuado.

8.3 El centro residencial mantiene un programa de atención especial para los niños/as escolares en sus aspectos físicos, psicomotor, cognitivo, lingüístico, socioemocional, incluyendo la proporción educadores-niños/as y la capacitación y competencias de los mismos.

8.4 El centro residencial o la persona encargada de la residencia asegura que haya un plan integral para jóvenes que se preparan para egreso e inicio de vida independiente o semi independiente, el cual especifica el apoyo y la asistencia que necesitarán recibir para que se produzca una transición exitosa hacia la vida adulta, plan que es implementado en la práctica. Este plan es coherente con el Plan de Intervención Individual.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Etapa del proceso: Atención a las necesidades integrales del desarrollo de niños/as y adolescentes**

**Resultado Esperado Nº 9:**

Los niños, niñas y adolescentes reciben apoyo individual en sus necesidades integrales de desarrollo.

**Estándares:**

* + 1. El centro residencial asegura la provisión de las necesidades de salud, educación, recreación, para cada niño/a residente incluidos los niños/as con necesidades especiales.
	1. Personal del centro residencial promueve con proactividad la incorporación de todos los niños/as en el grupo de la residencia, identifica y trabaja en aquellos casos de aislamiento de niños/as, enriquece y promueve la amistad entre los niños/as y apoya a aquellos con menores habilidades sociales.
	2. Los niños/as pueden acercarse a cualquier funcionario/a del establecimiento y no sólo a aquel que le ha sido designado ( si fuese el caso).
	3. El centro residencial asegura la derivación a programas especializados si se detectan situaciones de abuso o maltrato.
	4. El personal del centro residencial coopera en la implementación de programas externos a la residencia, sean éstos de la red social o especializados de la red Sename.
	5. Los niños/as tienen la posibilidad de contactar a un/a referente afectivo o al/la supervisor/a del Servicio en relación a preocupaciones personales.
	6. El centro residencial cautela el respeto y promueve el desarrollo de la identidad de género, cultural, étnica, religiosa, racial de los niños/as atendidos.

**Etapa del proceso: Participación**

**Resultado Esperado Nº 10:**

Los niños, niñas y adolescentes son motivados y apoyados a participar en las decisiones que les competen y a opinar acerca de aspectos de la rutina de la residencia. Ningún niño se asume como incapaz de comunicar sus opiniones.

**Estándares:**

* 1. Se promueve con proactividad la expresión de las opiniones de los niños/as, y aquellos de sus familias u otras personas significativas para el niño, niña o adolescente en relación a temas de importancia y los cuales con probabilidad afectarán la vida diaria y su futuro. Además de constituirse en práctica cotidiana, existen estrategias consensuadas para recabar la participación del niño/a y de su familia, tales como acuerdos escritos, entrevistas privadas, sesiones de trabajo el funcionario/a responsable, reuniones de casa y/o reuniones con los niños. Los sistemas deberán ser coherentes con las necesidades de comunicación de los niños/as.
	2. Las opiniones de los niños/as en todas las materias que los/las afectan son obtenidas con regularidad y no dadas por obvias.
	3. Los niños/as y sus familias reciben retroalimentación posterior a ser consultados/as.
	4. Cuando la consulta con padres, familiares u otros referentes significativos es contraindicada, personal del centro residencial explica al niño/a la causa de ello y consulta con otros/as profesionales involucrados en la atención del niño/a, ej. supervisor/a del Sename.
	5. En el caso de que el niño/a tenga dificultades para la expresión verbal, deben realizarse acciones proactivas para lograr la comunicación con el niño/a de forma que pueda manifestar sus deseos o preferencias en relación a su cuidado y trato en el centro residencial.
	6. La rutina diaria del centro residencial promueve la autonomía del niño/a y las oportunidades para la toma de decisiones.
	7. El personal del centro residencial informa a los niños/as acerca del funcionamiento del establecimiento y solicita apoyo a los profesionales pertinentes en caso de que ello sea necesario.

**Etapa del proceso: Preparación para la vida independiente**

**Resultado esperado Nº 11:**

El centro residencial debe asegurar la existencia de un enfoque socioeducativo el que entregue oportunidades a todos los niños/as de preparación para la vida independiente.

**Estándares:**

11.1 La rutina diaria del centro residencial entrega oportunidades a todos los niños/as, de acuerdo a su edad y necesidades individuales, para el desarrollo de conocimiento, habilidades y destrezas de preparación para la vida independiente.

* 1. El centro residencial apoya a aquellos/as adolescentes que egresan a la vida independiente, apoyando sus necesidades en los siguientes ámbitos, entre otros:
* desarrollo y mantención de sus relaciones con otros/as
* conociendo su sexualidad y estableciendo relaciones afectivas positivas, cuidadas y seguras.
* desarrollo de su autoestima.
* preparación para el mundo del trabajo a través de cursos vocacionales o ingreso a instancias educativas superiores tanto técnicas como universitarias.
* desarrollo de destrezas, habilidades y conocimientos necesarios para la vida diaria.
	1. A los niños/as y adolescentes se les pueden asignar pequeñas sumas de dinero. Este es manejado por el personal asignado con registros firmados por los niños/as. Se motiva y apoya a los niños/as a manejar sus finanzas.
	2. Existen procedimientos escritos para la entrega de mesadas, definiendo con claridad el propósito de las mesadas, la razón por la cual deben ser cauteladas por personal del centro residencial y el monitoreo de su uso.

**Etapa del proceso. Privacidad y Confidencialidad:**

**Resultado esperado Nº 12:**

Existe respeto por la privacidad de los niños/as, y la información acerca de sus casos es manejada en forma confidencial.

**Estándares:**

* 1. El centro residencial cuenta con procedimientos que aseguran el resguardo de la privacidad del niño/a como también acerca de la confidencialidad de la información Estos procedimientos contemplan los siguientes ámbitos:
* Acceso a la carpeta del niño/a por personal del establecimiento y otros/as.
* Entrega de información acerca de la situación del niño/a.
* Detalles prácticos acerca del ingreso a la habitación del niño/as.
* Condiciones para el uso privado de duchas o toilets, wwc, baños.
* Materias personales como el lavado de ropa, períodos menstruales de niñas.
* Cuidado personal íntimo en el caso de niños/as con necesidades especiales.
	+ 1. El personal del establecimiento se encuentra en conocimiento del cómo y con quien compartir información entregada a ellos en forma confidencial por los niños/as.
	1. En el caso de centros residenciales que atienden a niños/as con necesidades especiales o que requieren ser movilizados o ayudados o apoyados para realizar sus necesidades biológicas o cuidado y aseo personal, el personal a cargo debe haber recibido orientaciones y entrenamiento adecuado en relación a la forma en que estos cuidados deben ser realizados. Estas orientaciones incluyen límites tales como la necesidad de que el /la cuidadora sea alguien del mismo sexo o los límites al cuidado por miembros del sexo opuesto, y la opinión del niño/a en relación a su cuidado personal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Etapa del proceso: Provisión y preparación de alimentos.**

**Resultado esperado Nº 13:**

Los niños/as disfrutan de preparaciones alimenticias saludables que satisfacen sus requerimientos nutricionales. Los niños/as tienen oportunidades para planificar, comprar y preparar los alimentos en forma asistida y de acuerdo a su rango etáreo y necesidades.

**Estándares:**

* + 1. Las comidas deben ser provistas en forma ordenada, bien planificadas.
	1. Las comidas deben ser cuatro (4), al día: desayuno, almuerzo, onces y cena y estar dispuestas para los niños/as en horarios pertinentes. En adición a ello los niños/as deben recibir una pequeña colación la cual puede consistir en una fruta en la mitad de la mañana. En el caso de que el centro sirva onces-comida como una sola comida, debe disponer de una pequeña colocación ( fruta, postre, sándwich), para horas previas al descanso nocturno.
	2. En el caso de enfermedad existen variaciones en los alimentos cotidianos, las cuales son autorizadas por personal de salud o por el personal del centro en caso de enfermedades corrientes.
		1. Los niños/as son provistos con alimentos, adecuadamente preparados, abundantes y nutritivos, en consideración a sus necesidades etáreas, dietéticas, y a sus preferencias.
		2. El centro residencial debe llevar una planificación de los menús, el registro debe mostrar variedad y pertinencia alimenticia.
		3. Se debe buscar asesoría de nutricionista o profesionales del área de la salud para la planificación de los menús tomando en consideración las preferencias de los niños/as.
		4. Se debe consultar a profesionales de la salud ( médicos) en el caso de niños/as que rutinariamente rehúsan comer, comen mas de lo común o tienen otros desórdenes alimentarios.
		5. Los niños/as no son excluidos de los momentos de las comidas en forma rutinaria. Sólo en forma excepcional y de acuerdo a situaciones claramente autorizadas por miembros del equipo profesional, las cuales deben encontrarse documentadas en la carpeta individual.
	3. Los comedores tienen el amoblado necesario para acomodar a todos los niños/as y al personal que comparta con ellos/as.
	4. Los niños/as pueden, con asistencia y apoyo cuando sea necesario, preparar alimentos y bebidas para su consumo.
	5. Los/las manipuladoras de alimentos deben contar con conocimientos y experiencia para desarrollar adecuadamente sus tareas.
	6. Los/las manipuladoras de alimentos deben contar con certificados sanitarios anuales extendidos por servicios de salud o profesionales médicos y encontrarse disponibles en las carpetas individuales del personal.
	7. Los/las manipuladoras de alimentos como también los niños/as incorporados en la preparación de alimentos, han recibido entrenamiento apropiado y/o son adecuadamente supervisados en higiene y manejo seguro de los alimentos.
	8. Las comidas incorporan bebidas o agua.
	9. Las comidas son provistas en horas establecidas, y se encuentran disponibles para los niños/as cuando se atrasan para las horas regulares de comidas.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Etapa del proceso: Vestuario, artículos de aseo personal.**

**Resultado esperado Nº 14:**

A los niños/as y adolescentes se les permite escoger sus propias ropas y accesorios, y disponen de artículos de aseo personal.

**Estándares**

14.1 Las necesidades de vestuario así como las preferencias individuales son acogidas.

14.2 A los niños, niñas y adolescentes se les permite elegir la ropa y accesorios que requieren utilizar y a efectuar compras en el comercio normal establecido. Los niños/as más pequeños deben ser acompañados por personal del establecimiento y a los niños/as de mayor edad se les permite comprar solos, en función de evaluación de riesgos.

* 1. Se respetan y apoyan las necesidades e intereses de género, étnicas, culturales o religiosas.
	2. Los niños/as pueden utilizar su propio vestuario y accesorios y artículos de baño sujeto a evaluación de riesgos referidos a algunos artículos en particular tales como afeitadoras o aerosoles.
	3. Las adolescentes cuentan con su propio stock de protección sanitaria y no tienen que solicitarlo a oficina centralizada.
	4. El personal entrega, cuando ello es necesario, consejos y apoyo en el uso de los baños, cosméticos y protección sanitaria.
	5. Para aquellos niños, niñas o adolescentes que no desean o no pueden adquirir por si mismo vestuario y artículos de aseo personal, éste es adquirido por personal del centro residencial.
	6. Las familias aportan con las necesidades en materia de vestuario, accesorios, artículos de aseo en la medida de sus posibilidades. De todas formas son estimulados a contribuir en alguna medida a estas necesidades.
	7. Los artículos de aseo comunes y que deben encontrarse disponibles en forma diaria en los baños son jabones en barra o en dispensadores líquidos, papel higiénico, toalla de papel en rollo o una toalla común por baño para el secado de manos. Esta última debe ser cambiada en forma diaria.
	8. Cada niño, niña o adolescente debe contar con cepillo de dientes para uso personal el cual debe ser reemplazado con una periodicidad no mayor a 4 meses. Su uso será incentivado por el personal del centro y a lo menos 3 veces al día, después del desayuno, después del almuerzo y después de la cena.
	9. Cada niño/a, o adolescente debe contar con toalla personal para el baño la que debe ser lavada con periodicidad y estar seca para su uso.
	10. Los niños/as son motivados a tomar duchas diarias.
	11. Debe disponerse de agua tibia a una temperatura adecuada para las duchas o baños.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Etapa del proceso: Salud y Bienestar.**

**Resultado esperado Nº 15:**

Los niños/as viven en un ambiente saludable, se conocen y atienden sus necesidades de salud. Se promueve activamente la mantención de buena salud.

**Estándares:**

* 1. Las necesidades físicas, emocionales y de salud de cada niño/a son conocidas y se adoptan acciones para satisfacerlas, incluyendo la atención dental. Se entrega información, apoyo y motivación a los niños/as para la mantención y promoción de su salud.
	2. La carpeta individual del niño/a contiene antecedentes de salud que incorpora lo siguiente:
* historia médica.
* necesidades médicas específicas.
* medidas de salud preventivas
* alergias o reacciones adversas a medicamentos
* necesidades dentales
* necesidades auditivas
* necesidades ópticas
* registros de chequeos médicos
* tratamientos específicos o especializados en relación a necesidades físicas o emocionales.
* monitoreo que se requiere por el personal del establecimiento.
* la incorporación de los padres o referentes afectivos significativos en materias de salud.
	1. Se efectúan registros de enfermedades significativas o accidentes o heridas ocurridas a los niños/as durante la permanencia en el centro residencial.
	2. Cada niño/a es apoyado y guiado, en términos adecuados a su edad, cultura, intereses, necesidades especiales, en relación al cuidado de su salud incluyendo el uso de alcohol, drogas, cigarrillos, solventes, educación sexual, Sida, infecciones sexuales, hepatitis y enfermedades de transmisión sexual, como también la forma en que deben protegerse del abuso, bullying, discriminación, al interior y fuera del centro residencial.
	3. Existe claros procedimientos escritos de promoción de la salud de los niños/as, relativos a:
* vacunas
* dieta y nutrición
* ejercicio y descanso
* higiene personal
* salud sexual
* los efectos del alcohol, drogas, cigarrillos y otras substancias
* Sida y otras enfermedades de transmisión sexual
* Otras enfermedades hereditarias
	1. Los niños/as son activamente desincentivados de fumar, utilizar drogas, alcohol y de actividades sexuales tempranas. Se provee de espacios y oportunidades para la discusión de estos temas en forma abierta con el personal y sus compañeros/as.
	2. Los niños/as con necesidades especiales o con necesidades de salud particulares son apoyados y acompañados en forma especial. El recurso humano del establecimiento protege la dignidad de los niños/as en todo momento.
	3. Se realiza una evaluación de riesgos a la salud y al bienestar de los niños/as con regularidad, tanto en relación a las instalaciones como al entorno del centro y a las actividades que realizan los niños/as. Ello incluye revisión de instalaciones eléctricas, de gas, de agua como al mobiliario, espacios recreacionales de forma que éstos no presenten riesgos a la salud de los usuarios/as, del personal y de las familias de los niños/as. Para su formato se utiliza la pauta de autoevaluación de riesgos de los centros residenciales de Sename.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Etapa del proceso: Tratamiento y administración de medicamentos en el centro residencial**

**Resultado esperado Nº 16**

Se atiende a las necesidades de salud de los niños, niñas y adolescentes con oportunidad. En el caso de requerirse la administración de medicamentos se cuenta con procedimientos definidos.

**Estándares:**

* 1. Personal del centro administra tratamientos para enfermedades comunes y/o otros medicamentos o tratamientos siempre por autorización de profesional del área de la salud.
	2. Se llevan registros escritos de todos los medicamentos administrados a los niños/as.
	3. El recurso humano del establecimiento recibe capacitación y entrenamiento práctico en primeros auxilios y en técnicas de resucitación.
	4. Los medicamentos prescritos por médicos para casos particulares y los de utilización común ( Sin receta médica), son guardados en forma segura, bajo llave, existiendo procedimientos escritos para la mantención, administración, y desecho de los mismos.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Etapa del proceso: Educación**

**Resultado Esperado Nº 17**

Se promueve activamente la educación de los niños/as como valiosa en sí misma y como parte de su preparación para la vida adulta.

**Estándares:**

* 1. El proyecto de funcionamiento del centro residencial muestra claramente las estrategias en que el centro promueve y apoya el logro educacional durante el tiempo de permanencia de los niños/as. Ello incluye el apoyo al niño/a facilitando su acceso a la escuela o instancia educacional y con el equipamiento escolar necesario.
	2. La carpeta de cada niño/a contiene sus certificados educacionales, sus logros, necesidades y aspiraciones. También incluye otros documentos relevantes de su historia educacional, identificación de necesidades especiales. El personal del centro, particularmente los/as educadores/as conocen la historia educacional y de necesidades especiales de los niños/as residentes.
	3. Cada niño/a tiene acceso a establecimientos educacionales sean estos preescolares, escolares como a educación técnica o universitaria en concordancia con su edad, aptitudes, necesidades, intereses y potencial.
	4. Los niños/as cuentan con espacios conducentes al estudio y realización de tareas y son activamente motivados y apoyados en sus necesidades educacionales; ello incluye acceso a material bibliográfico, computadores, idealmente bibliotecas. A los niños/as no se les prohíbe la participación en actividades extracurriculares por pertenecer al centro residencial.
	5. Los padres en la medida de la pertinencia técnica son motivados a asistir a las reuniones de las escuelas. De no ser así, profesional, técnico o directivo de la residencia asistirá a reuniones u otros actos a los que normalmente asistirían los padres de los niños/as.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Etapa del proceso: Actividades recreativas.**

**Resultado esperado Nº 18:**

Se motiva a los niños/as a perseguir sus intereses particulares, a desarrollar confianza en sus habilidades, a incorporarse en actividades recreativas.

Estándares:

Deben existir oportunidades para participar en un rango de actividades recreativas apropiadas.

* 1. Se motiva y da la oportunidad a niños/as para tomar parte en actividades recreacionales y de tiempo libre que consideren sus intereses, habilidades, necesidades especiales. Eventos tales como cumpleaños, celebraciones diversas, religiosas, culturales, aniversarios del centro, son celebradas cuando sea apropiado y los niños/as participan, planifican y desarrollan estas actividades junto al personal del centro residencial.
	2. En el caso de niños niños/as con necesidades especiales se dispone de apoyo de forma que puedan disfrutar de actividades al interior y fuera del centro residencial.
	3. Los niños/as cuentan con diarios, revistas, libros de acuerdo a sus intereses y desarrollo. Los más pequeños cuentan con juguetes apropiados, música, libros, juegos.
	4. En el caso de que se autoricen actividades no supervisadas por personal del centro, éstas deben tomar en consideración la seguridad y bienestar de los niños/as.
	5. Se motiva a los niños /as a sostener reuniones periódicas con el personal, en forma individual o en grupos de forma de analizar el funcionamiento general del centro, para planificar actividades y para dar a conocer sus intereses y opiniones. El personal comparte y apoya a los niños/as en el cómo planificar y realizar actividades y evaluar las experiencias.
	6. Se debe prestar especial atención a los juegos de video y programas de televisión a los que tienen acceso los niños/as. Debe existir supervisión al acceso a Internet, educación en términos de riesgos como también prevenir el que el centro residencial sea dominado por el uso de la televisión y de los computadores.
	7. De utilizarse transporte propio de la residencia, éste no debe contener señalética que lo diferencie de un transporte común de forma de evitar la discriminación negativa hacia los niños/as del centro residencial.
	8. Los niños/as deben ser motivados a mantener amigos/as de su edad fuera del centro residencial. Ello puede significar que niños/as visiten el centro y de la misma forma que los niños/as residentes en el centro visiten a sus amigos fuera del mismo. Las precauciones a considerar deben ser analizadas por el equipo técnico de la residencia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Etapa del proceso: Presentación de reclamos o quejas.**

**Resultado Esperado Nº 19:**

Cualquier reclamo o queja debe ser respondida oportunamente al niño/a que la realiza.

**Estándar 19.**

Los niños/as saben cómo realizar un reclamo o queja y se sienten capaces de realizarla si sienten que sus necesidades no son atendidas o sus derechos no son respetados.

* 1. El centro residencial cuenta con un procedimiento para la presentación de reclamos o quejas. Este permite:
* A niños/as y familias presentar reclamos o quejas menores y más complejas.
* expresamente prohíbe repercusiones contra los niños/as u otros que presentan un reclamo o queja.
* requiere que se deje un registro del reclamo o queja.
* no se restringe el tipo de temas sobre los cuales presentar reclamos o quejas.
* establece tiempos máximos de respuesta.
* establece la necesidad de mantener a quien reclama o se queja, informado del curso de la acción adoptada.
* expresa la necesidad de que la autoridad del centro residencial desarrolle acciones preventivas.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Etapa del proceso: Bullying**

**Resultado Esperado Nº 20:**

Los niños/s son protegidos del bullying o matonaje.

**Estándares:**

* 1. El recurso humano del centro residencial promueve una atmósfera en la cual el matonaje se considera como inaceptable.
	2. El centro residencial cuenta con procedimientos para hacer frente a las situaciones de matonaje, lo cual incluye:
* La definición de bullying o matonaje, la cual se revisa permanentemente con los niños/as y la cual también incluye bullying de parte del recurso humano al interior del centro, como el que también puede ocurrir al exterior del centro. Por ej. bullying basado en proveniencia étnica, género, discapacidad, orientación sexual, lo cual incluye la utilización de sobrenombres.
* Se proporciona apoyo a los niños/as que han sido expuestos a bullying como también a los niños/as que victimizan a otros, los que son guiados a cambiar su conducta.

**Etapa del proceso: Abandono de la residencia.**

**Resultado esperado Nº 21:**

El niño, niña o adolescente que se ausenta sin autorización de personal del centro es protegido de acuerdo a los procedimientos implementados para ello y se responde a sus necesidades en forma positiva a su retorno.

**Estándares:**

* 1. Personal del centro residencial se informa acerca de los motivos para la ausencia o tardanza del niño/a o adolescente en regresar, y apoya al niño/a de forma de prevenir futuras ocurrencias.
	2. Personal del centro residencial pone en conocimiento de carabineros, a través de denuncia de extravío, la ausencia del niño/ o adolescente, cuando las razones para la ausencia son desconocidas y cuando debido a las circunstancias existe presunción de que el niño/a puede estar en riesgo
	3. El centro residencial asegura que la información acerca del extravío del niño/a es informada prontamente a los padres o referentes adultos significativos. Esta acción es ejercitada con criterio, por cuanto, en algunos casos, la entrega de esta información puede representar riesgo para el niño, niña o adolescente.
	4. Se realizan acciones de intervención como equipo de constituirse las ausencias sin autorización o la tardanza en regresar a la residencia en conductas habituales. Ello incluye la entrega de clara información acerca de horarios y rutinas del establecimiento, la adopción de un programa de apoyo al niño/a con la entrega consistente de refuerzos sociales, definición de compromisos.
	5. En caso de que el niño/a, niña o adolescente no retorne desde una visita a sus referentes afectivos, en que esta situación sea conocida y que no revista riesgo para el usuario/a, el centro residencial puede: o contemplar monitoreo e intervención con la familia de egreso y luego de terminado este proceso solicitar el egreso al tribunal correspondiente, o proceder al egreso del niño/a si se estima técnicamente procedente, con información al tribunal.
	6. Personal de la residencia considera los factores de riesgo para las ausencias no autorizadas, dentro de cual se contemplan los siguientes aspectos, entre otros:

- Situaciones de problemas de aprendizaje, problemas de salud mental.

- Problemas de salud, particularmente aquellos que requieren atención médica cotidiana o medicamentación regular.

- Edad del niño/a.

- Antecedentes de dificultades conductuales o daños auto infringidos.

- Situaciones problemáticas en la escuela**, bullying.**

- Antecedentes de ausencias no autorizadas.

- Antecedentes de planificación de ausencias no autorizadas por el niño/a.

- Antecedentes de conductas infractoras de ley.

- Relaciones con grupos de amigos/as.

- Situación emocional, intereses y deseos del niño/a

21.7 Personal del centro residencial está atento/a frente a la posibilidad de que un niño/a o adolescente que se ausente sin autorización pudiera haber adoptado esa determinación por alguna de las siguientes razones:

* El niño/a o adolescente puede estar tratando de protegerse de situaciones de abuso por parte de personas adultas.
* El niño/a o adolescente puede estar tratando de protegerse de situaciones de bullying por parte de sus pares.
* El niño/a o adolescente puede sentirse asustado o temeroso o no valorado.
* El niño/a o adolescente puede haber sido persuadido por otros/as.

21.8 Los equipos técnicos de los centros residenciales prestan cuidadosa atención y están atentos a situaciones engañosas existentes en Internet las cuales pueden inducir a niño/as/as a establecer relaciones que esencialmente son de explotación, y donde éstas son presentadas en forma atractiva a los niño/as/as ( **grooming** ). Cualquier niño/a con acceso a Internet es potencialmente vulnerable.

21.9 Las acciones adoptadas relacionadas con la ausencia no autorizada de un niño/a de un centro residencial son debidamente documentadas.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Interacción del personal del centro con los niños, niñas y adolescentes.**

**Resultado esperado Nº 22:**

Los niños/as disfrutan de relaciones sanas y seguras con el equipo de la residencia, basadas en la honestidad y respeto mutuo.

Estándares:

* 1. Las relaciones entre el personal y los niños/as se basan en la comprensión y el respeto mutuo, existiendo claros límites personales tanto en las interacciones individuales como en las grupales.
	2. El recurso humano del centro residencial mantiene interacciones con los niños/as bajo límites seguros, consistentes y conocidos.
	3. Todo el recurso humano del centro recibe capacitación y entrenamiento en interacción y refuerzo positivo. La comunicación entre el recurso humano y los niños/as es positiva. De existir desacuerdos éstos son abordados en forma adecuada.
	4. En el cuidado diario con los niños/as el recurso humano mantiene un adecuado balance entre:
* Los deseos y preferencias de cada niño/a.
* las necesidades de niños/as en particular.
* las necesidades grupales de los niños/as residentes.
* la protección de otros.

22.5 Los niños/as son atendidos en el centro sin favoritismos ni antipatías hacia individuos/as o hacia grupos de niños/as.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Etapa del proceso: Refuerzo conductual.**

**Resultado esperado Nº 23:**

Se motiva a los niños, niñas y adolescentes a desarrollar conductas socialmente aceptadas a través del refuerzo del personal hacia la conducta adecuada, así como las respuestas constructivas a las conductas inadecuadas.

**Estándares:**

* 1. El recurso humano del centro residencial responde positivamente a la conducta adecuada, y en aquellos casos en que la conducta es estimada como inaceptable, se responde con medidas constructivas las cuales han sido previamente conocidas y autorizadas.
	2. El centro residencial cuenta con una política clara de sanciones, procedimientos y guías de acción permitidas para el empleo de su personal, las cuales enfatizan la utilización de refuerzos o mensajes positivos a los niños, niñas y adolescentes para el logro de conductas aceptables.
	3. Las medidas de disciplina se basan en establecer relaciones positivas con los niños/as las cuales tienen como propósito el apoyo al niño/a. Estas medidas de disciplina son justas y son aplicadas en forma consistente.
	4. Las consecuencias de conducta inaceptable son claras tanto para el personal como para los niños, niñas y adolescentes, son razonables, relativas al incidente ocurrido y deben ser implementadas en forma oportuna.
	5. Las consecuencias de la conducta inaceptable deben ser adoptadas tomando en cuenta la edad, comprensión, necesidades individuales.
	6. La restricción física se usa solamente para prevenir daño al niño/a o a otros o serio daño a la propiedad. La restricción física no se utiliza como castigo, ni como medio para asegurar el cumplimiento de instrucciones, o en respuesta a una conducta desafiante (La conducta desafiante no significa que se producirá daño a si mismo, a otros o a la propiedad).
	7. Ningún niño/a puede ser pellizcado, golpeado en ninguna forma, sacudido, atacado con objetos, mordido o dado palmazos por quienes se desempeñan en el centro como forma de mantener disciplina. La separación puntual del grupo, supervisada por un adulto puede ser utilizada.
	8. No se permite el disciplinar a los niños/as con negación de alimentos, siestas forzadas, o con expresiones derogatorias de los niños/as o de sus familias, con el uso de lenguaje vulgar o profano, gritos o amenazas de castigo físico, negación de visitas de familiares u otras conductas que significan vulneración de sus derechos básicos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONDICIONES AMBIENTALES**

**Ubicación del centro y espacios.**

Resultado esperado Nº 24:

Los niños/as viven en residencias agradables los cuales cuentan con suficiente espacio para responder a sus necesidades.

Estándares:

* 1. La ubicación del centro residencial, su tamaño y diseño están relacionados con su propósito y con su función. Sirve a las necesidades de los niños/as que atiende y entrega condiciones ambientales que apoyan el desarrollo del niño/a.
	2. El centro residencial se encuentra ubicado en un lugar accesible al transporte público, escuelas, centros sanitarios, y recreacionales.
	3. En caso de que el centro residencial atienda a niños/as con necesidades especiales se requiere de ayudas razonables y adaptaciones tales como mobiliario especial o equipos que les permitan vivir en la forma más “normalizadora” posible. Atención particular debe darse a los siguientes aspectos:
* las ayudas y adaptaciones aseguran que los niños/as con necesidades especiales tienen acceso a todas las secciones del establecimiento a las que tienen acceso los otros niños/as.
* soportes en escaleras y escaleras son adaptadas para el uso seguro.
	1. En el caso de centros residenciales con niños/as de necesidades especiales se cuenta con evaluación de las instalaciones por terapeuta ocupacional y se realizan recomendaciones.
	2. Las dependencias e instalaciones del centro residencial no son utilizadas en funciones no relacionadas o ajenas al centro residencial o que tengan un efecto negativo en los usuarios/as.
	3. Se adoptan medidas preventivas las cuales son conocidas y aceptadas por niños/as las que tienen como propósito lograr la seguridad del centro residencial para personas no autorizadas, y sin que estas medidas tengan un efecto negativo en los niños/as.
	4. Se mantienen vínculos apropiados con la comunidad local y se promueven vínculos positivos entre los niños/as y la comunidad.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dormitorios y espacios para los niños/as y adolescentes.**

**Resultado esperado Nº 25:**

Los niños/as disfrutan de instalaciones hogareñas, decoradas, amobladas y mantenidas de acuerdo a altos niveles de satisfacción de sus usuarios/as.

**Estándares:**

* 1. El centro residencial cuenta con instalaciones de buena calidad y coherentes con su utilización y en su totalidad es mantenida en forma aseada y ordenada.
	2. El centro residencial es amoblado y decorado de forma que cree un ambiente hogareño agradable, adecuado al número de niños/as, al género, edad, necesidades especiales, proveniencia étnica de los niños/as atendidos.
	3. Los espacios interiores y exteriores son mantenidos en buen estado en términos estructurales y decorativos. Existe mantención y un programa de reparación para el edificio, mobiliario, y equipamiento y de existir daño éste es reparado oportunamente. Los espacios exteriores como jardines y lugares de juegos son bien mantenidos y seguros. El centro residencial se mantiene limpio.
	4. Cada niño/a tiene un dormitorio individual con la posibilidad de compartir la habitación, teniendo cada niño acceso a un espacio individual dentro de este espacio común. Cada niño/a tiene su propia cama, ropa de cama adecuada a la estación, espacio individual de almacenamiento de ropa individual, espacio seguro para ítemes personales valiosos para el/ella, ventana/s con cortinas ( u otro ítem para cubrir ventanas tales como persianas), iluminación suficiente para leer, alfombras u otro tipo de pisos adecuados y en buen estado y calefacción.
	5. Siempre que sea posible los niños/as deben tener la oportunidad de tener su propia habitación.
	6. Un dormitorio no debe tener más que 3 camas.
	7. Camarotes no deben ser usados en caso de niños/as que pueden estar en riesgo por su utilización. En el caso de que se utilicen camarotes debe haber un espacio entre ellos comparable a la utilización de 2 camas separadas en la habitación.
	8. Cualquier solicitud de un niño/a de cambio de dormitorio debe ser considerada en forma urgente y aceptada cuando ello sea posible.
	9. Debe analizarse el potencial de conductas abusivas previo a aceptar el compartir habitación.
	10. Cuando sea necesario, y en caso de necesidades especiales, debe establecerse un sistema de llamado de emergencia tales como timbres próximos a las camas.
	11. Los niños/as deben ser autorizados y motivados a personalizar sus dormitorios.
	12. Espacios para el estudio deben ser tranquilos, deben tener suficientes sillas y espacio de escritorio, deben estar suficientemente iluminados, deben tener espacios para guardar libros y materiales de estudio y estar disponibles para su utilización para necesidades de estudio.
	13. Deben existir espacios para que los niños/as desarrollen hobbies con espacios para guardar materiales.
	14. Los niños/as deben participar y opinar en relación a la decoración, colores, tipo de mobiliario.
	15. Existen espacios en los cuales los niños/as pueden recibir privadamente a sus familias y visitas y espacio para juegos y recreación que no afecten las actividades de rutina de los otros niños/as.
	16. La función del personal de noche es cautelar la seguridad de los niños/as y atender a sus necesidades. De acuerdo a ello el personal de turnos nocturnos debe permanecer en vigilia. De ser autorizada la existencia de personal que pernocte en la residencia, el dormitorio del personal debe estar ubicado fuera de los dormitorios de los niños/as, pero cerca de éstos para responder a sus necesidades nocturnas prontamente.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Baños**

**Resultado Esperado Nº 26:**

Se respeta la privacidad de los niños/as cuando hacen uso de los baños.

**Estándares:**

* + 1. Existe a lo menos un baño completo ( wc, lavamanos y ducha), por cada 5 niños/as o adolescentes.
	1. El diseño de baños, duchas y wc toma en consideración la necesidad por privacidad, dignidad y seguridad y utilización de acuerdo a necesidad especial. El/los baños se encuentran fácilmente accesibles a los dormitorios y a las áreas recreacionales del centro residencial. Las duchas colectivas se encuentran separadas en cubículos separados y/o con puertas completas para privacidad.
	2. Los baños son accesibles a niños/as con necesidades especiales . De requerir apoyo y asistencia, los niños/as con necesidades especiales serán atendidos de forma que se tenga en cuenta su privacidad y dignidad.
	3. En caso de emergencia los/las adultos que supervisan el cuidado de los niños/as pueden abrir las puertas de baños , duchas y toilets desde afuera.
	4. El personal del centro residencial tiene acceso a baños separados de los de los niños/as.
	5. Debe contarse con agua caliente para el uso de duchas. Para niños/as bajo 8 años el uso del agua caliente debe ser monitoreada y asistida por adultos.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS**

**Resultado Esperado Nº 27:**

Los niños/as viven en centros residenciales que mantienen condiciones para la seguridad física y el bienestar.

**Estándares:**

* 1. Se adoptan acciones proactivas para mantener a los niños/as, recurso humano y visitantes seguros de riesgos de incendios y otros riesgos.
	2. El director del establecimiento realiza chequeos de seguridad con regularidad dejando registro de estas acciones en carpeta individualizada para la prevención de riesgos.
	3. Existe un plan de emergencia actualizado en forma anual o cuando se requiera, el cual contiene los requerimientos mínimos contenidos en el formato definido por el Servicio, en la Pauta de condiciones mínimas de seguridad y su Instructivo.
	4. Se utiliza a lo menos listado de cotejo de prevención de riesgos de Sename.
	5. Los niños /as y el recurso humano conocen el plan de emergencia y las salidas de emergencia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RECURSO HUMANO**

**Resultado esperado Nº 28:**

Existe una cuidadosa selección del personal que se desempeña en el centro residencial.

**Estándares:**

* 1. Existen procedimientos de selección de personal formalizados.
	2. Cuando sea posible y practicable, postulantes a desempeñarse en el centro residencial serán invitados a una reunión con funcionarios y niños/as previo a la decisión de contratación. Las opiniones de ambos serán tomadas en consideración.
	3. Debe solicitarse certificado de antecedentes de los postulantes y consultar los registros penales públicos disponibles.
	4. En ningún caso debe procederse a la contratación de postulantes con antecedentes de sospecha de conductas inapropiadas, escasas competencias o situaciones de maltrato.
	5. La institución cuenta con definición de perfiles y competencias para el recurso humano en coherencia con los requerimientos del Servicio.
	6. La dotación del recurso humano de la residencia será la definida en las bases de licitación de la modalidad respectiva, pero como base debe contemplar 1 Director profesional de las ciencias sociales, con experiencia y capacidad del liderazgo, profesionales del área social, psicológica y psicoeducativa, educadores/as, manipuladores/as de alimentos, personal administrativo y de servicios generales.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**APOYO AL RECURSO HUMANO:**

**Resultado esperado Nº 29:**

Los niños/as son atendidos por personal que a su vez es apoyado y acompañado en la promoción del bienestar y seguridad de los niños/as.

**Estándares:**

Todo el personal : directivos, profesionales y técnicos, incluido el personal auxiliar es apoyado por sus superiores y por profesionales para los cuales ello es parte de su función.

* 1. Todo el personal recibe a lo menos una hora y media de supervisión directa de un profesional calificado en forma mensual. El personal recién ingresado y hasta los 4 meses de desempeño recibe 3 horas semanales de acompañamiento calificado durante horas diurnas y nocturnas.
	2. Se realiza registro de los acompañamientos en las carpetas individuales del recurso humano.
	3. La supervisión y acompañamiento de educadores y personal que se desempeña en forma directa con los niños/as incluye lo siguiente:
* Las respuestas que se dan a los niños/as y métodos de trabajo con ellos/as.
* El rol en la implementación del Plan de Trabajo Individual.
* El grado de compromiso personal, nivel de stress.
* El desarrollo, capacitación y entrenamiento.
* La retroalimentación al desempeño.
* El acompañamiento en las tareas cotidianas y tareas nuevas incluyendo la mantención de niveles de calidad en el desempeño.
* Las situaciones personales que puedan afectar la capacidad para realizar adecuadamente sus responsabilidades.
	1. Todo el personal posee habilidad para realizar registros de situaciones y para transmitir información a turnos entrantes y/o profesionales tratantes.
	2. Los niños/as no son responsabilizados por el cuidado de otros niños/as como forma de compensar por la ausencia de recurso humano. Los niños/as a los que son dadas ciertas responsabilidades en el centro residencial son adecuadamente acompañados por personal del centro residencial de forma de asegurar que cumplen sus tareas adecuadamente sin abuso de sus roles ( potencial para el bullying ).
	3. Existen procedimientos para la realización de investigaciones de abuso y maltrato de parte de personal hacia los niños/as. Se incluye la separación inmediata de funciones, como acción neutral, ante la denuncia de un niño/a, y en espera de la investigación interna o de los tribunales de justicia correspondientes. Estas acciones son conocidas por todo el personal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EL PERSONAL DEL CENTRO ES SUFICIENTE EN CUANTO A NUMERO, EXPERIENCIA Y CALIFICACIONES PARA ATENDER A LAS NECESIDADES DE LOS NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES.**

**Resultado Esperado Nº 30:**

El personal de la residencia es suficiente en número, competencias y experiencia en coherencia con los requerimientos definidos por el Servicio.

**Estándares:**

* 1. El centro residencial cuenta con suficiente personal durante el día y la noche equivalente al mínimo exigido o superior a ello. Existen registros del personal desempeñándose en las dependencias.
	2. Existe una política de personal que señala :
* el número de personal requerido para el día o la noche.
* si el personal de noche requiere estar despierto o no.
* las horas de entrada y salida del personal.
* procedimientos y coordinaciones para situaciones de emergencia.
	1. El recurso humano recibe entrenamiento y capacitación.
	2. El recurso humano entrante cuenta con clara información cerca de sus responsabilidades, líneas de información, procedimientos en casos de emergencia, salud, seguridad, protección de los niños/as y notificación de incidentes, y cuenta con proceso de inducción a su ingreso.
	3. Todo el personal entrante recibe instrucción acerca de prevención de riesgos, entrenamiento para el uso de extintores, procedimientos de salud y registros.
	4. Todo el personal tiene un plan de desarrollo personal y recibe a lo menos 5 días de capacitación anual en temas de desarrollo infanto adolescente.
	5. No es permitido fumar o tomar bebidas alcohólicas en las dependencias.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REGISTROS**

**Resultado Esperado Nº 31:**

Cada niño/a cuenta con una carpeta individual donde se registran sus necesidades, desarrollo y progresos. El contenido de esta carpeta es considerada información confidencial.

**Estándares:**

* 1. Las carpetas individuales se encuentra en un espacio físico adecuado y en orden y se cuenta con un sistema de organización de esta información. Se requiere la existencia de dos carpetas por niño/a.
	2. La primera carpeta debe encontrarse con mayor resguardo. Contiene a lo menos lo siguiente, dividido por separadores:
* Orden de ingreso de tribunales
* Evaluación diagnóstica o antecedentes diagnósticos sociales, psicológicos los cuales deben contener actualizaciones anuales.
* Programa de Intervención Individual con las actualizaciones o modificaciones que se requieran. A lo menos se debe contar con una actualización anual.
* Antecedentes de salud
* Documentación educacional, certificados, logros, evaluaciones.
* Hojas cronológicas archivadas

31.3 La segunda carpeta contiene la hoja cronológica accesible al personal del centro:

* Hoja cronológica que incorpora un resumen sucinto de las intervenciones más relevantes realizadas tanto por directivos, como profesionales y técnicos del centro: visitas domiciliarias, entrevistas en profundidad, acuerdos, autorizaciones, investigaciones, observaciones relacionadas con visitas a/de la familia. Debe mantenerse actualizada y se considera deseable a lo menos dos registros mensuales y adjuntarse a la carpeta primaria a lo menos anualmente.
	1. Existen criterios claros y conocidos de la información que se debe registrar.
	2. El sistema de documentación cuenta con un/a funcionario responsable sin desmedro de la responsabilidad individual de realizar registros de acciones relevantes en la hoja cronológica.
	3. Es posible contar con registros informáticos, sin embargo no es posible el reemplazo total de las carpetas individuales en papel cuya existencia es obligatoria. En cualquier caso se asegura la confidencialidad de la información.
	4. El centro debe cumplir con la entrega de información mensual al Servicio en la forma en que éste lo haya definido, como también abrir información o entregar información a los/las supervisores/as del Servicio tanto técnicos como financieros.
	5. La residencia propicia el registro de la vida del niño/a tales como fotografías, videos de actividades significativas en su desarrollo, correspondencia que revista relevancia para el niño/a.
	6. Se asegura la mantención de documentos significativos para el uso futuro del niño/a especialmente los relacionados con su historia de filiación, de salud, escolar, y los registros señalados en estándar 31.8.
	7. El niño/a o adolescente y/o su familia al egreso recibe un dossier con la documentación relevante al momento de la salida del centro. Existe registro escrito de ello.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autoevaluaciones institucionales de calidad de la atención.**

**Resultado esperado Nº 32:**

La institución realiza acciones de autoevaluación con regularidad y en forma continua sobre la base de los estándares de calidad establecidos.

**Estándares:**

32.1 La institución mantiene una cultura de desarrollo de la calidad, realizando acciones de sensibilización, información, acompañamiento y supervisión del personal, con el liderazgo de sus directivos/as.

32.3 La institución realiza autoevaluaciones de procesos con regularidad a través de procesos participativos.

|  |
| --- |
| M.- MINUTA TÉCNICA COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN RESIDENCIAL  |

Las Bases Técnicas que guían la presentación de propuestas contemplan tres componentes o ejes en materia de intervención, que en la práctica de las residencias ha demostrado deben estar siempre presentes en todos los centros que están brindando acogimiento residencial.

La presente minuta resume el contenido de estos componentes y explica el cómo pueden ser obtenidos para lograr mejores resultados en torno a la calidad de la vida de los niños/as y familias que son sus sujetos de atención.

A continuación una breve reseña práctica de los tres componentes:

1.- **Intervención psicosocioeducativa**: Alude a una planificación que debe generarse al interior de la residencias destinada a desarrollar aprendizajes a partir de la convivencia diaria en la comunidad residencial. Se trata de promover instancias educativas en el contexto de la rutina y a partir de la socialización de experiencias infantiles que se producen cada día, mediando las situaciones propias de la cotidianeidad, que son reconocidas como fuente de desarrollo y crecimiento de cada uno de los niños/as y adolescentes residentes.

Esto se aplica en una política de buen trato, instalando en los espacios de la vida diaria estilos de respeto mutuo de relación entre pares y hacia los adultos; están dadas las condiciones para la participación, confianza y disposición para el crecimiento personal de cada niño/a y se realiza mediante la modulación de conductas de aprendizaje emocional, social, cognitivo y de habilidades para la vida.

Psico-educar, significa saber escuchar las comunicaciones cotidianas de los niños/as, reconocer sus intereses y preocupaciones del día a día, particularmente de parte del cuidador/a principal o persona más significativa del centro. Todos los niños/as se sienten contenidos y saben a quien dirigirse, conocen las normas de convivencia que han sido explicitadas y pueden ser re-construidas de común acuerdo. La residencia es sentida como una comunidad acogedora que reconoce y cuida personalizadamente a sus miembros, toda la comunidad residencial se siente identificada con propósitos comunes, destinados a cuidar su lugar de acogimiento y cuidarse entre sí, los niños/as, los cuidadores/as y los profesionales logran la identificación con el proyecto institucional.

Más específicamente, el centro dispone de actividades y rutinas conocidas por todos/as, destinadas a producir ese ambiente convivencial que desarrolla en ellos/as sentido de pertenencia y afecto hacia quienes conforman la comunidad residencial, por ejemplo: día para reír y contar chistes, día de hermosear el jardín y sacar las malezas, día para ayudar en las tareas etc.

Los niños/as encuentran atención a sus necesidades concretas, respuestas frente a sus inquietudes familiares y comprensión frente sus preocupaciones o conductas aún cuando resulten inapropiadas o disruptivas, es así como: rabietas, pataletas, palabrotas, peleas etc. son aprovechadas como instancias de aprendizaje y de modulación de comportamientos.

Supone también informarles acerca de sus procesos de intervención individual y familiar con la adecuación necesaria según su etapa del desarrollo y circunstancias particulares.

Entre las diversas acciones que pueden ser abordadas psico-educativamente se encuentran:

* explicar a los niños/as conforme su edad porqué se encuentran en el centro residencial y hasta cuando.
* participar en decisiones que les afectan, por mínimas que sean. Es decir, que se les pida en forma activa su opinión.
* conocer el régimen de visitas y salidas, que se permita y se flexibilicen las visitas, tanto de las familias al centro como de ellos/as hacia sus familias, según situaciones particulares atendibles.
* facilitar el contacto con la familia, que dispongan de teléfono, papel para escribir o acceso a correo electrónico.
* trabajar con ellos/as para determinar sus posibilidades reales de egreso, que se enteren de las acciones que el centro realiza con su familia, cómo se le apoya para autogestionar la red social para el logro de diversos beneficios que facilitan su egreso.

Por otra parte implica que los profesionales trabajen en conjunto con los educadores en el cuidado diario de los niños/as y se retroalimenten en función de las mejores formas de interacción con los usuarios/as. Para implementar este eje se requiere contar con asesoría de profesionales psicopedagogos o psicólogos que puedan apoyar creando condiciones permanentes para la mediación educativa de las experiencias de niños/as y adolescentes del centro.

2.- **Intervención o atención psicológica y/o terapéutica**: Los usuarios/as de las residencias requieren, muchas veces, de intervención clínica reparatoria y de salud mental. Esta puede ser obtenida en los proyectos especializados de la red Sename, informando al Tribunal acerca de esta necesidad y solicitando que el caso sea derivado al proyecto especializado más cercano de la red de Sename o de la red privada.

Conociendo la saturación o el insuficiente nivel de respuesta de la red, también es posible gestionar apoyo de profesionales voluntarios de universidades que destinan prácticas profesionales guiadas de sus alumnos de psicología, psicopedagogía o trabajo social.

En este aspecto se espera que el centro cuente al menos con un profesional psicólogo estable, idealmente con conocimientos clínicos para que pueda abordar los casos urgentes que no han encontrado respuesta en la red y realice las primeras intervenciones reparatorias in-situ, de abuso sexual, maltrato grave, negligencia severa, depresión frente al abandono etc. o cualquier otra situación que esté afectando la estabilidad emocional y la adaptación social del niño/a.

3.- **Intervención con la familia**: Por definición de la Ley de tribunales de familia, la internación es una medida de último recurso y transitoria, por ello, se deben realizar acciones de reinserción en la familia desde el ingreso. El centro toma sentido si se encuentra inserto en esta labor; es decir, ayudar a los niños/as a recuperar su familia de origen u otra familia alternativa que les cuide definitivamente y al más breve plazo. El propósito del centro se entiende sólo si se orienta a restablecer el derecho de sus niños/as a vivir en familia.

Para cumplir con los requerimientos de este eje, en materia de evaluaciones psico-sociales y de competencias parentales de los adultos, si no se cuenta con profesionales en el tiempo requerido, se puede efectuar una solicitud al Tribunal de Familia para que realice una derivación a un Proyecto ambulatorio de diagnóstico - DAM, identificando el proyecto más cercano en relación al domicilio de la familia.

La realización pronta de evaluaciones sociales y psicológicas y/o con énfasis en la evaluación de competencias parentales corresponde ser realizada e informada al Tribunal de Familia en todos los casos dentro de los plazos establecidos. La evaluación social debe ser actualizada según corresponda a casos cuya permanencia se ha extendido o en la medida que la estructura o dinámica de la familia se ha modificado. Las evaluaciones psicológicas al niño/a se realizan solo en los casos en que sea importante verificar algunos aspectos vinculados a daño o para la obtención de beneficios en caso de que se sospeche alguna discapacidad o necesidad especial.

Para la intervención familiar propiamente tal, el equipo residencial puede apoyarse en la red externa o voluntariado y también indicar al Tribunal de Familia la necesidad de realizar derivaciones a los Programas de Intervención Breve-PIB más cercanos al domicilio de la familia o a los programas especializados, según corresponda.

Las residencias deben solicitar atención preferencial y complementaria de la red de Sename para satisfacer los procesos e intervención de sus usuarios/as; fortalecer o establecer las alianzas y relaciones de confianza con los proyectos del territorio, se considera totalmente indispensable.

Finalmente, para concretar de mejor forma estos componentes de la atención residencial, supone también acceder a la red educacional y de salud de la red social, lo cual es posible de realizar, gestionando a través del propio personal de la residencia.

|  |
| --- |
| N.- MINUTA SINTESIS DEL: “ESTUDIO DE LA REALIDAD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE PUEBLOS INDÍGENAS RESIDENTES EN CENTROS RESIDENCIALES PARA MAYORES DE SENAME” Univ. de Frontera/SENAME , Año 2007 |

**ANTECEDENTES**

El estudio fue licitado por SENAME y ejecutado por la Universidad de La Frontera el año 2007. La iniciativa del Servicio Nacional de Menores, respondió al “Compromiso del Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas” definido por el gobierno con el objeto de elaborar una “Política y Plan de Acción anti-discriminación racial”, constituyéndose en un aporte concreto a ese compromiso, orientado por los instrumentos internacionales existentes que Chile ha suscrito, particularmente el Convenio Nº 169 sobre pueblos indígenas.

El levantamiento de la información contempló dos fuentes: el sistema de registro SENAINFO del año 2007 y la obtenida a partir de una muestra de 115 Centros Residenciales para Mayores a lo largo del país, que contestaron un cuestionario online específico elaborado para ese propósito.

**RESULTADOS OBTENIDOS**

1. ***SOBRE LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN:***

Se identificó un total de 972 casos equivalentes a un 11,69% de niños/as que integran la población indígena de esos Centros, siendo la distribución por sexo, femenino de un 54.6% y masculino de un 45.4%.

Se registró la presencia de diferentes etnias, no obstante la **población mapuche** resultó altamente significativa con un **85.49%** de los casos a nivel nacional.

Las regiones que mostraron **mayores números de casos** registrados en los centros residenciales para Mayores son La Araucanía, la Región de Los Lagos, la Región Metropolitana y la Región del Bío Bío.

1. ***SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE LA IDENTIDAD CULTURAL Y ÉTNICA:***
2. La vigencia de aspectos culturales tales como, mantención de la lengua, participación en prácticas religiosas, auto-identificación se encuentran cruzadas por prácticas que no responden a las necesidades específicas de esta población en un marco intercultural. En todos los centros residenciales prevalece la misión institucional, la cual no considera las características étnicas de los niños ni el trabajo con el mundo indígena. El contexto positivo aparece en el interés expresado por equipos y direcciones de centros por capacitarse en el tema y por conocer más de los pueblos indígenas.
3. ***COMO PARTE DEL ESTUDIO SE OBTUVO UN DECÁLOGO DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE PUEBLOS INDÍGENAS A SER RESPETADOS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES, EN MAPUDUNGUN, RAPANUI Y AYMARA.***

 Se llegó a la formulación que se presenta a continuación:

**Decálogo: versión en lengua española**:

“Todo niño, niña y adolescente de origen indígena usuario/a de, en un Centro Residencial tiene derecho a:

1. No ser discriminado por ser indígena.
2. Ser protegido por su familia o representantes de su cultura o por personas o instituciones de otra cultura contra la asimilación e integración forzada a una cultura distinta a la suya.
3. Que su familia, o su comunidad o representantes de su pueblo participen activamente en su cuidado, protección y educación, incluyendo al uso de la salud tradicional de su cultura.
4. Acceder a la educación respetando que esta educación sea pertinente con su cultura.
5. Usar y aprender su lengua indígena.
6. Participar libremente de manera individual y colectiva en la vida cultural de su pueblo, incluyendo el pensar, opinar, informarse y expresarse de acuerdo a su cultura de origen.
7. Ser reconocido y respetado en su identidad indígena, lo que incluye el respeto al uso correcto de sus nombres y apellidos y el reconocimiento de su identidad indígena.
8. Mantener y fortalecer su religiosidad conforme a las costumbres y tradiciones de su pueblo.
9. Mantener y fortalecer su relación espiritual con las tierras, territorios, aguas, costa marítima de acuerdo a su pueblo de origen.
10. Hacer cumplir estos derechos por sí mismo o por un representante de su pueblo de origen o a reclamar en caso que no se le respeten estosderechos**”.**

**Decálogo: versión en lengua Mapuche:**

“Kom pu pichike wentxu, pichike zomo kam txemküleyelu Mapuche küpan, Mapuche tuwüngeyelu, ka konküleyelu ti centro residencial mew, müleygün ñi:

1. Üllamkagenoael ñi Mapuchegen mew.
2. Kuñuwtukuatew kisu ñi pu reyñma, kisu ñi pu che kam kake txokiñche fey ñi pekan wigkalgenoal kam señoralgenoal kisu ñi pinun mew.
3. Ñi pu reyñma, pu füren, lof che kam kisu ñi pu wünenküleyelu müley koneltuyal fey ñi küme mogeleal, küme txemal, küme kimeltulgeael, ka zapiwal kisu ñi Mapuche lhawenhtuwün mew azno kutxanle.
4. Konal kimeltuwün zugu mew, welu chew ñi koneltual mapunche az mogen ka chew ñi fanentuñmageael ñi az mogen.
5. Kimal mapuzugun, ka eluñmageael ñi mapuzugual.
6. Koneltual kisu kam ñi pu txokiñ egün ñi Mapuche az mogen zugu mew, fey ñi rakizuamal, zuguntukual, kimürpual ka wülzugual kisu ñi azmogen mew.
7. Kimgeael ka yamgeael ñi Mapuchegen mew, Mapuche küpangen mew, ka küme rulpañmageael ka wirintukuñmageael ñi üy kam ñi üytun.
8. Yempüramniael ka newentukual kisu ñi gillañmawün ka ñi azmogen yenieken ñi pu che chew ñi txipan.
9. Yempüramnial, yamal, newentukual kom ñi chalintukun mogen, mapun gijañmawün nieel. fanentual mapu, ko, lhafkenh chumgechi femken kisu ñi pu wünenke txem.
10. Newenpiael kom tüfa chi zugu kisu, kam ñi kintual kiñe che ñi kelluntukuatew fey ñi fanentuñmageam kom tüfa chi az zugu.

**Decálogo versión en lengua Aymara:**

Yuqallanajan, imillanajan, waynanajan derecho cultural mä Centro Residencial Red Sename.

“Tajpach yuqalla, imilla, waynanaj indígena utji mä centro residencial, derechopa utjiwa:

1. Jani discriminación utjaniti indigenanja.
2. Khistisa marka masisata, familiapa, jaqha culturatja, jani asimilación e integración mayjama cultur ucht’aña munirika.
3. Jupana familiapa, markapa, khistisa represetantija, walja yanapxani, suma cuidado, wali protección, ukhamaray salud tradicional culturatpata.
4. Mantañatay yatiñpatay mä educación kumasa utjiri, lurt’iri, qamapxiri, amayupxiri, suma respetunti uñjañawa.
5. Yatiña, arustaña, indígena arupa.
6. Lurt’aña, sapaki, yaqanajatpacha markapana cultur, amayuña, arusiña, yatiña, arustaña kunamasa culturapaja.
7. Suma uñjata, walja respetuni indigenama, ukhamaray respeto utjani kunamasa sutipa, apellidopa, mä reconocimiento indigenatpata utjaniwa.
8. Kawkhimasa religinapa, kunamasa costumbreja, tradionaja markapanja ukanaja sarayañpuniwa ukhampacha.
9. Kunamasa jupan relación espiritual uraqinti, umanti, pachamamanti, markapanja ukhampacha sarayañawa.
10. Aka derechoja walja cumpliñawa, khistisa markapata uñjanija, ukahmaray jani ukanaja suma lurapjaniti, respetonija, ukarpachawa arustñawa.”

**Decálogo versión en lengua Rapa Nui**:

Te Mau Tapu Kaiŋa o te ŋā poki tane, ŋā poki vahine ’e o te taŋa ’apī i te kona hare mo te pa’ari o te SENAME

“Ta’ato’a poki tane, poki vahine ’e taŋa ’apī o te hau tupuna noho i roto i te hare o te SENAME, e tapu ro ’ā i te ŋa roa nei:

1. ’Ina ko u’i huru kē e te nu’u o te ai a īa o te hau tupuna.
2. E hapa’o e to’ona hua’ai, e te rarahi o to’ona hau, e te taŋata ’o e te hare o te tahi hau, ki te roa era mo haka tu’u pē tū huru ‘ā ‘e mo o’o ki te haka tere iŋa o te rua hau.
3. To’ona hua’ai, to’ona mahiŋo ‘e te rarahi o to’ona hau, e riva nō mo hapa’o, mo hāpī, ‘e mo haka ora i te māui- ui hai ra’au o to’ona hau.
4. Ko mataki ‘ā te ‘opani mo hāpī a roto i te haka tere tupuna. E mo’a te roa nei e te tahi.
5. Mo vanaŋa ‘e mo hāpī i to’ona re’o tupuna.
6. Mo haka tere a īa pa he taŋata ‘e pa he nuna’a a roto i te roa o to’ona hau tupuna, mo’a i to’ona mana’u, i ta’ana kī, i te haŋa mo aŋi- aŋi rauhuru me’e, ‘e mo vanaŋa hai roa o to’ona hau tupuna.
7. Mo aŋi- aŋi ‘e mo mo’a e te tahi, i to’ona huru pa he hau tupuna; mo mo’a i to’ona ‘iŋoa ‘e i to’ona huru tupuna.
8. Mo haka hīo- hīo ‘e mo haka pūai i to’ona mana’u ‘atua, a roto i te haka tere iŋa o to’ona hau.
9. Mo haka hīo- hīo ‘e mo haka pūai i to’ona here kuhane ki te henua, ki te kaiŋa, ki te vai, ki te taha- taha vaikava hai haka tere iŋa o to’ona hau.
10. E haka mana ‘e, e haka tere te ŋa vanaŋa tapu nei, ma’ana mau ‘ā, ‘o, mo te rarahi o to’ona hau tupuna, ‘o mo horo mo ta’e mo’a i te ŋa vanaŋa tapu nei.

***4. SOBRE LAS HISTORIAS DE VIDA QUE PERMITEN CONOCER LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD INDÍGENA.***

Las historias de vida advierten que en relación con el tema de la identificación de los pueblos indígenas de procedencia tienen ciertas congruencias y ciertos aspectos, remitidos a los propios contextos de vivencias, que en estos casos distancian por estar cruzados con situaciones de vulneración social y familiar, la mayoría de los niños/as expresa tener conocimiento de la procedencia de sus apellidos y sentirse indígenas. La mayoría ha participado de ciertos eventos propios de la cultura de referencia y socializado en espacios de transmisión de elementos culturales; espacios en los que se habla la lengua indígena, espacios ceremoniales y otras situaciones propias de la dinámica cultural especifica.

No obstante lo anterior, se puede establecer que el patrón de auto-identificación opera, para la mayoría de los casos, vale decir, hay una clara diferenciación del “otro cultural” y ellos/as. El saberse indígena o el contenido que determina la cosmovisión indígena es una dimensión que no todos pueden elaborar y en su mayoría es vagamente configurada.

La totalidad de los niños/as manifiesta interés en conocer e interiorizarse aún más de su cultura de origen, hablar la lengua y participar de espacios ceremoniales.

|  |
| --- |
| O.- LA MATRIZ DE EVALUACIÓN SOCIO-EDUCATIVA DE LOS CENTROS RESIDENCIALES, DOCUMENTO EXTRAÍDO DESDE EL : “ESTUDIO DE CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN CENTROS RESIDENCIALES DE SENAME”, UNICEF/SENAME AÑO 2010.  |

Se incorpora la matriz que se presenta a continuación, como un aporte del Estudio en la política de gestión de calidad de los establecimientos residenciales. La presente matriz sistematiza los principales elementos del modelo socio-educativo identificado en el Estudio y elaborado para los centros residenciales de protección identificando los componentes, dimensiones y variables.

Para cada variable se especifican los polos ‘positivos’ y ‘negativos’ del continuo. Esta especificación permite a cada centro de acogimiento residencial, situar en qué punto del continuo de cada variable se sitúa, lo que en último término posibilita observar su nivel de capacidad socioeducativa.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Dimensión** | **Variables** | **Polo +** | **Polo -** |
| GENOESTRUCTURA | ESTRUCTURA VALÓRICA | Derechos del niño | El equipo educativo tiene pleno conocimiento de los derechos del niño(a) y sus derivaciones prácticas | El equipo educativo desconoce o conoce superficialmente los derechos del niño(a). |
| MODELOS CONCEPTUALES | Modelo conceptual | El trabajo socioeducativo está orientado por modelos conceptuales debidamente fundamentados. Los modelos de referencia , entre otros, son: estrategia de redes, teoría del vínculo y el apego, pedagogía de la presencia, enfoque comunitario, modelo sistémico  | El trabajo socioeducativo se orienta y fundamenta desde cosmovisiones no fundamentadas conceptualmente (modelo familiar, modelo inmunitario). |
| FENOESTRUCTURA | RECURSOS HUMANOS | Equipo profesional | Bajo nivel de rotación del personal. | Alto nivel de rotación del personal. |
| Equipo multidisciplinario. | Equipo que se centra en una profesión y sin intercambio disciplinar. |
| Nivel de formación del personal adecuado y pertinente | Nivel de formación precario y desactualizado |
| El equipo educativo está compuesto por personal mixto | El equipo educativo no está compuesto por personal mixto |
| Educadores  | Poseen una formación especializada para asumir el trabajo socioeducativo con la comunidad de los niños(as) y sus familias; y para asumir trabajo en red con instancias escolares , de salud y todas aquellas necesarias para la adecuada inclusión social | Carece de formación especializada para asumir el trabajo socioeducativo, asumiéndolo básicamente desde sus experiencias de vida y comunidades de práctica |
| Las funciones del educador son fundamentalmente socioeducativas. | Las funciones del educador están centradas en labores domésticas y de control comportamental. |
| El educador participa en toma de decisiones sobre la vida comunitaria | Educador no es consultado sobre ninguna actividad de la vida comunitaria. |
| Participación del educador en el plan de intervención | Educador no conoce el plan de intervención ni participa en su elaboración. |
| COMUNIDAD | Gestión de la comunidad | Existencia de un plan de gestión comunitaria que optimice su potencial educativo. Este plan contempla un sistema de monitoreo permanente | Inexistencia de un plan de gestión comunitaria.  |
| Adecuado nivel de pertenencia de los niños(as) a la comunidad residencial | Bajo o nulo sentido de pertenencia de los niños(as) a la comunidad residencial |
| Existencia de un sistema claro de reglas establecidas y gestionadas con fines formativos y terapéuticos. | Las reglas son arbitrarias dependiendo de quién las aplica. |
| Existencia de un sistema planificado de ritos y ceremonias orientadas a fortalecer la identidad de la comunidad. | No existen ritos ni ceremonias propias del centro de acogimiento que fortalezcan su identidad como comunidad. |
| Existen prácticas cotidianas donde se promueve y lleva a la práctica la participación de los(as) niños(as). | Los(as) niños(as) cuentan con mínimas instancias de participación a nivel consultivo. |
| Articulación institucional comunitaria | Adecuado equilibrio entre dimensión colectiva y dimensión personal en la estructura y funcionamiento comunitario del centro de acogimiento |  Las dimensión colectiva impera por sobre la dimensión personal en la estructura y funcionamiento comunitario del centro de acogimiento. |
| Adecuado nivel de privacía  | Nivel de privacia inadecuado |
| Apertura al entorno |  Comunidad residencial que dialoga con el entorno, fortaleciendo redes, participando en actividades y permitiendo una interacción de mutuo apoyo. |  Residencia que satisface todas las necesidades de los(as) niños(as) internos(as) dentro de su recinto y no interactúa con el entorno. |
| Institución caliente | Existencia de plan de autocuidado (instancias, vacaciones, supervisión, apoyo terapéutico)  | Inexistencia de actividades en torno al autocuidado.  |
| Existe un programa específico de promoción del buen trato en el centro de acogimiento |  No existe un programa dirigido a fomentar el buen trato. |
| El equipo educativo está formado en estrategias de buen trato y manejo de herramientas terapéuticas básicas |  El equipo no cuenta con formación sobre estrategias de buen trato. |
| Comunidades de práctica | Las comunidades de práctica son reconocidas, validadas, potenciadas y se facilita su funcionalidad. | Se limitan las posibilidades para que el personal intercambie ideas, no se admite la riqueza de espacios de creación grupal. |
| Existencia de un plan de gestión del conocimiento (buenas prácticas) |  Los conocimientos generados por los educadores y resto del equipo no son tomados en cuenta. |
| METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN |  Regulación  | Existe un manual de procedimientos de intervención y buenas prácticas. | Ausencia de manual de procedimientos de intervención |
| Reinserción familiar | El trabajo socioeducativo está claramente orientado hacia la reinserción familiar. | El trabajo socioeducativo no está orientado hacia la reinserción familiar, |
| El modelo de intervención contempla la participación efectiva de la familia  | La familia no participa en el proceso de reinserción de manera activa. |
| El modelo de intervención contempla la participación efectiva de la familia en la gestión de la vida comunitaria al interior del centro de acogimiento residencial |  La familia es desincentivada a participar de la vida comunitaria al interior del centro de acogimiento residencial |
| Estrategia de red | El equipo educativo aplica una estrategia de intervención en red | El equipo educativo no aplica una estrategia de intervención en red |
| El equipo educativo cuenta con una red operante que facilita la intervención | El equipo educativo no cuenta con una red operante  |
| Autonomía anclada | El trabajo socioeducativo desarrolla la autonomía de los niños(as) a través de un proceso gradual y planificado de anclaje social, comunitario e institucional | El trabajo socioeducativo no contempla el desarrollo de la autonomía de los niños(as) a través de un proceso gradual y planificado de anclaje social, comunitario e institucional |

**DEPRODE/AGP/SEPT. 2011**

1. El primer proceso licitatorio llevado a cabo por Sename para dar cumplimiento a la Ley de Subvenciones, para la línea centros residenciales fue el año 2005 generándose convenios a 5 años plazo. [↑](#footnote-ref-1)
2. Artículo 77.- Incumplimiento de las medidas adoptadas. Cuando los padres, personas responsables o cualquier otra persona impidan la ejecución de la medida acordada, el organismo responsable de su ejecución o seguimiento comunicará al tribunal la situación para que éste adopte las medidas que estime conducentes y propondrá, si fuera el caso, la sustitución por otra medida que permita alcanzar los objetivos fijados. El tribunal determinará la sustitución de la medida u ordenará los apremios pertinentes para su cumplimiento forzado. [↑](#footnote-ref-2)
3. Ver orientaciones sobre visitas. [↑](#footnote-ref-3)
4. Definición Ley de Subvenciones Nº 20.032. [↑](#footnote-ref-4)
5. Base de datos Deplae, Agosto, 2007. Porviolencia y malos tratos se agrupan las causales de: víctima de abuso sexual, víctima de violación, víctima de violencia intrafamiliar (como observador), víctima de maltrato físico, víctima de maltrato físico leve, víctima de maltrato psicológico, víctima de negligencia, trabajo infantil peligroso o de alto riesgo, víctima de explotación sexual comercial. [↑](#footnote-ref-5)
6. La Medida de separación del niño, niña o adolescente de sus padres, regirá sólo cuando sea estrictamente necesario para salvaguardar los derechos del niño, niña o adolescente y siempre que no exista otra más adecuada En este caso, el juez preferirá a sus parientes consanguíneos o a otras personas con las que aquél tenga una relación de confianza y, sólo en defecto de los anteriores, lo confiará a un establecimiento de protección. Artículo 74.- Ley 19.968 Tribunales de Familia. [↑](#footnote-ref-6)
7. Ver orientaciones técnicas sobre acercamiento familiar. [↑](#footnote-ref-7)
8. Es preciso considerar al respecto, que de acuerdo a la Ley de Adopción Nº 19.620, el abandono progresivo se configura en relación al niño/a, cuyos padres o personas a quienes se haya confiado su cuidado, no le han proporcionado atención personal o económica durante el plazo  de treinta (30) días para niños/as menores de 1 años de edad y sesenta (60) días para mayores de la edad señalada, situación que fue modificada por el Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia “Chile Crece Contigo”, disminuyendo el plazo que permite iniciar las causas de declaración de susceptibilidad de adopción de los niños y niñas, mayores de 1 años de edad que permanecen en situación de abandono, de cuatro a dos meses.  [↑](#footnote-ref-8)
9. Ver documento: “Estándares Mínimos de Calidad para la Atención Residencial”, Deprode, Sename, 2009 [↑](#footnote-ref-9)
10. Ver orientaciones técnicas sobre incorporación de voluntarios en centros residenciales de protección y adopción.

 [↑](#footnote-ref-10)
11. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Naciones Unidas, 6 de Diciembre de 2006- ratificada por Chile en Agosto 2008. [↑](#footnote-ref-11)
12. Se definen como ajustes razonables todos aquellas adaptaciones necesarias y adecuadas a un caso en particular, para garantizar el goce o ejercicio de derechos (Art. Nº2 CPD – Definiciones) [↑](#footnote-ref-12)
13. Se recomienda complementar este aspecto con material de apoyo “Educación sexual de niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual”, enviado a los proyectos Residenciales y Programas especializados en discapacidad o en su defecto disponible en el sitio Web [www.MINEDUC.cl](http://www.MIEDUC.cl) educación general / especial. [↑](#footnote-ref-13)
14. SERNAM, “Análisis de Género: Guía para la elaboración de políticas públicas”. Santiago de Chile 1998, página 7. Esta publicación fue posible gracias a la Oficina de la Condición de la Mujer de Canadá que autorizó su traducción y reproducción como un documento de trabajo para el SERNAM [↑](#footnote-ref-14)
15. http://perso.wanadoo.es/aniorte\_nic/apunt\_antropolog\_salud\_6.htm. [↑](#footnote-ref-15)
16. Achnu Prodeni- Sename. “Estudio género, infancia y maltrato”, 2007. [↑](#footnote-ref-16)
17. Carl G. Jung desarrolló de forma análoga al “complejo de Edipo”; el “**complejo de Electra**”,
describiéndolo como la atracción sexual inconsciente que siente una niña hacia
su padre. [↑](#footnote-ref-17)
18. “Sexualidad Infantil y Juvenil. Nociones Introductorias para Maestras y Maestros de Educación Básica”, Secretaria de Educación Pública, México. [↑](#footnote-ref-18)
19. Manual de Desarrollo de Conductas de Auto-protección. Maggie Escartin / Sename,2ª edición, Agosto 2006 [↑](#footnote-ref-19)
20. “Jornadas. Jóvenes y sexualidad: algunas situaciones de exclusión”, Consejo de la Juventud de España, en [www.cje.org](http://www.cje.org) [↑](#footnote-ref-20)
21. En “Abuso Sexual Infantil: Manual de Formación para Profesionales”, Save The Children. [↑](#footnote-ref-21)
22. “Abuso Sexual Infantil: Manual de Formación para Profesionales”, Save The Children. [↑](#footnote-ref-22)
23. “Sexualidad Infantil y Juvenil. Nociones Introductorias para Maestras y Maestros de Educación Básica”, Secretaria de Educación Pública, México. [↑](#footnote-ref-23)
24. Ver Manual de auto-protección. Maggie Escartin [↑](#footnote-ref-24)
25. Berglund, Anna-Clara, “El Abuso Sexual de Niños/as con Discapacidades”, Save The Children Swdish, 1997. [↑](#footnote-ref-25)
26. “Maltrato en discapacidad: Una revisión del abuso sexual en personas con discapacidad intelectual” Bailey, G. (1998). Action against abuse. Recognising and preventing abuse of people with learning disabilities. A: Family’s Pack. B: Service User’s Pack. C: Support Worker’s Pack. Chesterfield, UK: Association for Residential Care.ver en <http://foros.integracionclinica.com> [↑](#footnote-ref-26)
27. Se anexa una tabla con una descripción de conductas sexuales de acuerdo a niveles de discapacidad intelectual y los énfasis educativos o formativos de la sexualidad de acuerdo a dichos niveles, elaborada para el documento sobre sexualidad y discapacidad. [↑](#footnote-ref-27)
28. Tanto la familia como el programa en materia de formación en sexualidad pueden contemplar: la identificación correcta de las partes del cuerpo, cuidado e higiene personal, cambios en la pubertad, expresiones de la sexualidad, exámenes de salud, estrategias de anticoncepción, derechos y responsabilidades del ejercicio sano de la sexualidad. [↑](#footnote-ref-28)
29. Agenda Pro-Participación Ciudadana, DOS Ministerio Secretaría General de Gobierno, Agosto 2008. Proyecto de Ley sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública (Artículo 34) [↑](#footnote-ref-29)
30. Definición propuesta por actores de voluntariado nacional y recopilada por el estudio: “Estado y Voluntariado”. Secretaría General de Gobierno. División de Organizaciones Sociales -DOS- y Agencia de Cooperación Técnica Alemana -GTZ [↑](#footnote-ref-30)
31. Si no corresponde registrar en observaciones. [↑](#footnote-ref-31)
32. Sistematización de la ejecución programática de la línea residencial – Deprode año 2007 [↑](#footnote-ref-32)
33. Miguel Cillero Infancia, autonomía y derechos: una cuestión de principios. [↑](#footnote-ref-33)
34. CDN [↑](#footnote-ref-34)
35. En este punto, es necesario tener en cuenta que un joven inscrito en un sistema de educación reconocido por el respectivo ministerio, podrá permanecer en el sistema de Sename hasta los 24 años de edad. **LEY 18.382 colaboradoras del Servicio Nacional de Menores y que Art. 70** [↑](#footnote-ref-35)
36. Ídem. [↑](#footnote-ref-36)
37. Estos datos fueron obtenidos del estudio Unicef. Caracterización del perfil de niños, niñas y adolescentes, atendidos por los Centros Residenciales de Sename. Año 2010. [↑](#footnote-ref-37)
38. Se espera que se ajuste a los tiempos definidos en las orientaciones técnicas de las modalidades residenciales o

 del programa de acogimiento familiar. [↑](#footnote-ref-38)
39. Considerar tiempos de acuerdo al flujograma establecido entre Sename y Tribunales de Familia 2010 [↑](#footnote-ref-39)
40. Esto en caso que si a pesar de los recursos ofrecidos a los padres no pueden mejorar sus competencias, se deben ofrecer a los niños/as otra alternativa de cuidados parentales, tales como, egresar a un programa de Familia de Acogida e integrar al niño/a con intervención residencial en su familia extensa o con otra familia sustituta, y/o iniciar procesos de susceptibilidad de adopción. [↑](#footnote-ref-40)
41. Con diagnóstico de profesional competente y respaldo del Registro Nacional para la Discapacidad y certificación

Compin. [↑](#footnote-ref-41)
42. Por ajustes razonables se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan

una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con

discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás. Convención sobre los Derechos de las

Personas con Discapacidad. Diciembre 2006. Art. Nº2. Definiciones. [↑](#footnote-ref-42)
43. Capacitación: “Introducción de la gestión de calidad en los centros residenciales de protección de la red Sename”, realizada en 11 ciudades del país, entre los meses de abril a julio de 2008. Constó de 24 horas de capacitación en la modalidad curso-taller. [↑](#footnote-ref-43)
44. Arruabarrena, M.I , 1996: Manual de Protección Infantil, Barcelona

Convención de los Derechos del Niño

Manual de Buena Práctica para la atención residencial a la infancia y adolescencia, Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid 1994

Children´s Homes, Nacional Minimun Standards, London the Stationery Office, 2002 [↑](#footnote-ref-44)