



**SISTEMATIZACIÓN DEL PROYECTO PILOTO FAMILIA DE
ACOGIDA TEMPORAL DEL DR. EDUARDO JAAR EN EL
PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO, DE LA UNIDAD DE
NEUROPSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL DEL HOSPITAL DR.
GUSTAVO FRICKE.**

**"INFORME FINAL DE PROYECTO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO
ACADÉMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TÍTULO DE
TRABAJADOR SOCIAL".**

ESTUDIANTES

MACARENA CASTRO SÁNCHEZ

ANDRÉS PAVEZ IBACETA

PROFESOR GUÍA

DR. FERNANDO PASTÉN CORDOVEZ

Diciembre, 2017



Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

REF.: Informa evaluación y calificación Proyecto
de Título I y II de alumnos que indica.

VALPARAISO, 26 de diciembre de 2017.-

SEÑOR DECANO:

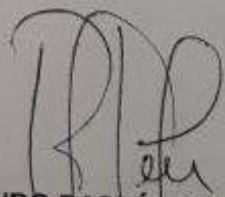
En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesor Guía, cumplo con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Proyecto de Título I y II denominado: **SISTEMATIZACION DEL PROYECTO PILOTO FAMILIA DE ACOGIDA TEMPORAL DEL DR. EDUARDO JAAR EN EL PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO, DE LA UNIDAD DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE. EN HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE.**, cursado durante el periodo académico 2017 por los alumnos de la Escuela de Trabajo Social, Srta. **MACARENA SOFÍA CASTRO SÁNCHEZ** y Sr. **ANDRÉS JOAQUÍN PAVEZ IBACETA**.

Para efectos de la calificación se ha evaluado:

- Importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional;
- Aspectos metodológicos;
- Amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la bibliografía utilizada;
- Régimen formal de citas;
- Carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Proyecto de Título I y II con las siguientes notas:

Proyecto de Título I: **7,0 (siete coma cero)**
Proyecto de Título II: **7,0 (siete coma cero)**


FERNANDO PASTÉN CORDOVEZ
PROFESOR GUÍA

AL SEÑOR
ALBERTO BALBONTÍN RETAMALES
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE
FPC/tpu.-

Agradecimientos

Quisiera empezar estas palabras agradeciendo especialmente a mi compañero de vida y futuro colega; mi querido **Sebastián**, gracias por apoyarme y acompañarme en esta travesía, por ser el pilar más importante para seguir y no rendirme en este proceso. El próximo año seré yo quien estaré acompañándote y apoyándote en el proceso de tu Proyecto de Título que felizmente lo haré.

A nuestro querido **hijo** que, a pesar de que fue un proceso difícil, debo admitir que te transformaste en el motor para seguir, con tus sonrisas matutinas, con tus tiernos cariños y la inmensa felicidad que emanabas en todo lugar. He visto tu crecimiento junto con el crecimiento de la tesis, que en un momento parecía un poco confusa, que no avanzaba mucho, pero que ahora, es un documento finalizado, con coherencia.... Al igual que tú. Ya a tus 10 meses estás empezando a dar tus primeros pasos; tu independencia. Para ti, mi querido **Santiago**, serán las páginas que se desarrollarán a continuación, abogando por aquellos que no han tenido el privilegio como tú, de crecer en el seno y calor de una familia, para que cuando leas estos escritos, al igual que tus padres, seas capaz de luchar y seguir nuestro legado, quizás no desde nuestra profesión, quizás desde otra vereda, pero lo importante es que sigas luchando por transformar, en un lugar mejor, el mundo en el que vivirás.

A mi querida **familia** por su preocupación y apoyo tanto indirecto como directo. A mi Tío Esteban y prima Daniela, colegas, quienes fueron los que me instalaron la inquietud y amor por la profesión y que me impulsan día a día por ser una mejor profesional.

Finalmente, a mi compañero de tesis **Andrés** por entender el rol de ser madre y por apoyarme en todo. A mi supervisora **Pamela**, por ser quien nos motivó, nos dio la seguridad y confió siempre en que este proceso se llevaría de manera exitosa.

Muchas gracias a todos por ser parte de este gran proceso.

“No aceptes lo habitual como cosa natural. Porque en tiempos de desorden, de confusión organizada, de humanidad deshumanizada, nada debe parecer natural. Nada debe parecer imposible de cambiar.” Bertolt Brecht

Agradecimientos

Es sumamente difícil plasmar en unas líneas el significado de este proceso llamado Pregrado de Trabajo Social en la Universidad de Valparaíso, proceso que muchas veces es cuestionando, tanto por otros como por uno mismo, proceso que en algunas instancias quieres abandonar y en otras te encuentras en lo más alto de dicha, proceso en el que se suman muchas personas a tus futuros recuerdos, algunas personas que serán recuerdos buenos pero pasajeros y otras con quien espero sigamos sumando recuerdos. Y ahora que este proceso finaliza, en lugar de agradecer, quiero reconocer, reconocer a los académicos que no solo nos forman teórica, práctica y metodológicamente, sino que, nos nutren valorica y vocacionalmente.

Reconocer a los profesionales que nos acobijaron en nuestras prácticas profesionales, de los cuales aprendemos el tipo de profesional que no quieres ser y el que te gustaría llegar a ser algún día.

Reconocer a los estudiantes que, a pesar de los diversos obstáculos, distracciones y dificultades, logran utilizar estas como motivación para seguir avanzando y lograr con creces sus metas.

Reconocer a todos esos usuarios que confiaron que estos simples practicantes, podían ser ese profesional en quien confiar sus vidas para lograr grandes cambios.

Y finalmente, reconocer a los no académicos de la universidad, que sin ser su labor nos entregaron palabras de aliento y nos enseñaron que antes de ser profesional, somos personas.

"One day you'll leave this world behind, so live a life you will remember.", my father told me when I was just a child, these are the nights that never die".

Avicii.

Tabla de contenido

Resumen	13
Abstrac	14
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I	17
1. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	18
1.1 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	18
1.1.1 Tipo de Institución	18
1.1.3 Política de la Institución.....	18
1.1.3.1 Misión.....	18
1.1.3.2 Visión	18
1.1.3.3 Valores.....	19
1.1.3.4 Objetivos Institucionales	20
1.1.3.4.1 Objetivos Sanitarios:	20
1.1.4 Ubicación Geográfica	20
1.1.5 Cobertura.....	21
1.1.6 Radio de Acción	21
1.2 SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA.....	22
1.2.1 Historia	22
1.2.2.1 Misión Institucional	23
1.2.2.2 Visión Institucional	23
1.2.2.3 Valores Institucionales	24
1.3 MARÍA ACOGE: FAMILIA DE ACOGIDA EL CANELO	26
1.3.1 Tipo de institución	26
1.3.2 Cobertura.....	26
1.3.4 Antecedentes históricos	26
1.3.4 Política de la institución.....	28
1.3.4.1 Visión institucional	28
1.3.4.2 Misión institucional.....	28
1.3.4.3 Objetivos de la institución	28
1.3.4.3.1 Objetivo General:.....	28
1.3.4.4 Funciones de la institución	29
1.3.4.5 Organigrama.....	30
1.3.4.6 Vinculación con otras instituciones o redes sociales	30
1.4.1 Tipo de Institución	31
1.4.2 Política de la Institución.....	31
1.4.2.1 Misión Institucional	31
1.4.2.2 Objetivos Estratégicos Institucionales	31
1.4.3 Departamento de Protección y Restitución de Derechos.	32
1.4.3.1 Regulaciones en Materia de Infancia	33
1.4.4 Departamento de Adopción.....	33
1.4.4.1 Ley de Adopción Ley N° 19.620	33

1.4.5 Organigrama	37
2. CONTEXTO PROGRAMÁTICO	38
2.1 PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO.....	38
2.1.1 Política de la Institución.....	39
2.1.1.1 Objetivo General:	39
2.1.1.2 Objetivos Específicos	39
2.1.2 Historia del Programa Chile Crece Contigo en la Institución.	40
2.1.2.1 Misión.....	41
2.1.3 Equipo de Trabajo.....	41
2.1.5 Descripción de las Áreas de Trabajo:	44
2.1.5.1 Unidad de Ginecología y Obstetricia:	44
2.1.5.2 Unidad de Neonatología:	44
2.1.5.3 Unidad de Pediatría:.....	45
2.1.5.4 Servicio Crítico Pediátrico:	45
2.1.6 Trabajo Social en el Programa Chile Crece Contigo.....	45
2.1.7 Nivel de Intervención	46
2.2 MODELO PILOTO DOCTOR EDUARDO JAAR	46
2.2.1 Requisitos.....	47
2.2.3 Justificación.....	47
3. CONTEXTO POLÍTICAS EN MATERIA DE INFANCIA.....	51
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD	51
3.1.2 Principios rectores de las políticas públicas de salud	51
3.1.3 Avances políticas públicas nacionales de Salud.....	52
3.1.3.1 Encuesta de Mortalidad Infantil año 1930.....	52
3.1.3.2 Ley Madre - Hijo año 1938	53
3.1.3.3 Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) año 1954. 54	
3.1.3.4 Programa Ampliado de Inmunización año 1970	55
3.1.3.4.1 Enfermedades objeto del PAI	56
3.1.3.5 Municipalización de la Atención Primaria de Salud año 1980	56
3.1.3.6 Reforma de Salud 2000	57
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCACIÓN	60
3.2.1 Instrucción Primaria Obligatoria año 1920	60
3.2.2 Creación de Junta Nacional de Auxilio Escolar año 1964	60
3.1.2.3 Creación de la Junta Nacional de Jardines Infantiles año 1970	61
3.1.2.4 Creación Fundación Integra año 1990	62
3.1.2.4.1 Los programas educativos con los que cuenta Fundación Integra son:.	62
3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIALES	64
3.3.1 Primer Congreso Nacional a la Infancia año 1910	64
3.3.2 Ley de Protección a la Infancia Desvalida año 1912 y Ley de Menores año 1928.	65
3.3.3 Ratificación Convención Internacional de los Derechos del Niño año 1990 65	
3.3.4 Plan Nacional a favor de la Infancia año 1992.	66

3.4 POLÍTICA NACIONAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA 2015-2025.....	68
3.4.1 Enfoque Política de Niñez y Adolescencia.....	68
3.4.2 Enfoque de Derecho.....	68
3.4.3 Enfoque de Desarrollo Humano.....	69
3.4.4 Enfoque de Curso de Vida.....	69
3.4.5 Enfoque intercultural.....	70
3.4.6 Enfoque de Género.....	71
3.4.7 Definiciones Estratégicas.....	71
3.4.8. Objetivos Estratégicos:.....	72
3.4.9 Áreas Estratégicas y Orientaciones Prioritarias.	73
3.4.9.1 Área Estratégica: Familia y Comunidad.....	73
3.4.9.1.1 Orientaciones Prioritarias.....	74
3.4.9.2 Área Estratégica: Salud Integral y Bienestar.....	75
3.4.9.2.1 Orientaciones Prioritarias.....	75
3.4.9.3.1 Orientaciones Prioritarias.....	76
3.4.9.4 Área Estratégica: Protección, Reparación y Restitución de Derechos.	77
3.4.9.4.1 Orientaciones Prioritarias.....	77
3.4.9.5 Área Estratégica: Participación, Libertad de Opinar e Incidir.	78
3.4.9.5.1 Orientaciones Prioritarias.....	78
CAPÍTULO II.....	79
1. EJE CONCEPTUAL PRIMERA INFANCIA.....	80
1.1 Aproximaciones Conceptuales del Concepto Primera Infancia.....	80
1.2 Primera Infancia.....	81
1.3 Desarrollo Infantil.....	81
1.3.1 Etapas de Desarrollo primera infancia perspectiva psicoanalítica.....	82
1.3.3.1 Etapa oral.....	82
1.3.3.2 Etapa anal.....	82
1.3.3.4 Etapa de latencia.....	83
1.4 Etapa de Desarrollo Primera Infancia perspectiva psicosocial.....	83
1.4.1 Los 8 estadios psicosociales.....	83
1.4.1.1 Confianza vs Desconfianza – Primer Estadio.....	84
1.4.1.2 Autonomía vs Vergüenza y duda – Segundo Estadio.....	84
1.4.1.3. Iniciativa vs Culpa – Tercer Estadio.....	84
1.4.1.4 Laboriosidad vs Inferioridad.....	84
1.5 Etapa de Desarrollo de Primera Infancia perspectiva cognoscitiva.....	85
1.5.1 Etapas de Desarrollo Cognoscitivas.....	85
1.5.1.1 Etapa preoperacional.....	85
1.5.1.2 Etapa de las operaciones concretas.....	86
2. EJE CONCEPTUAL FAMILIA.....	87
2.1 Aproximaciones Conceptuales de Familia.....	87
2.1.1 Familia como agente socializador.....	87
2.1.2 Familia como Sistema.....	88

2.1.2.1	Microsistema.....	88
2.1.2.2	Familia como Mesosistema.....	89
2.1.2.3	Familia como Macrosistema.....	89
2.1.2.4	Tipología de Familias	90
3	EJE CONCEPTUAL APEGO	91
3.1	Aproximaciones Conceptuales de Apego.....	91
3.2	Teoría del Apego	91
3.3.	La Depresión Anaclítica.	94
3.4	Depresión del Lactante.....	95
3.4.1	Elementos esenciales en la depresión del lactante:.....	95
3.4.2	Las neurociencias y el conocimiento acerca del cerebro	96
CAPÍTULO III.	97
3.	Fundamentación Metodológica.....	98
3.1.	Delimitación del Proceso de Sistematización	99
3.2.	Sistema de Objetivos	99
3.3	Objetivo General.....	99
3.4	Objetivos Específicos.....	99
3.5	Colectivo Participante	99
3.5.1	Primer colectivo:	100
3.5.2	Segundo colectivo:.....	100
3.5.3	Tercer colectivo:	100
3.5.4	Cuarto colectivo:.....	100
3.6.	Muestra	100
3.7.	Criterios de Inclusión:	101
3.7.1	Primer colectivo:.....	101
3.7.2	Criterios de Inclusión:	101
3.8.1	Segundo colectivo:.....	101
3.8.2	Criterios de Inclusión:	101
3.9.1	Tercer colectivo:	102
3.10.1	Criterios de Inclusión:	102
3.10.2	Cuarto colectivo:.....	102
3.11.1	Criterios de Inclusión:	102
3.12.	Técnicas con Fines de Sistematización.....	102
3.12.1	Revisión de Documental con fines de Sistematización	103
3.12.2	Entrevista con fines de Sistematización	104
3.12.3	Observación con fines de Sistematización	105
3.12.4	Plan de Análisis.....	106
3.13	Proceso de Validación.....	107
CAPÍTULO V.....	111
5.	Proceso de Levantamiento de Datos y Resultados	112
5.1	Fase N° 1 “Modelo de Acogida Temporal del Hospital Gustavo Fricke”	114

5.2 Fase N°2: “Tensión existente entre la ley y el modelo de Acogida Temporal Dr. Eduardo Jaar.	120
5.3 Fase N°3: “Levantamiento de Diagnóstico de la Realidad del Hospital Dr. Gustavo Fricke.....	127
5.4 Fase N°4: “Estrategias utilizadas por SENAME para la protección de la infancia”	133
5.4.1 Tabla N°12: Cuadro Comparativo Modelo FAE v/s Modelo FAT Dr. Jaar ..	140
5.5 Fase N°5: “Sistematización del Modelo de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar.....	143
5.5.1 Los criterios de selección para las familias de acogida temporales son:....	146
<i>CAPÍTULO VI.</i>	151
6. Reflexiones y Conclusiones	152
6.1 Sistematización: Infancia, Familia y Apego.....	153
6.2 Conclusiones y reflexiones en materias de infancia en el Contexto Institucional y Programático.....	155
6.3 Conclusiones y reflexiones en materias de infancia en rol de Trabajo Social.	157
6.4 Conclusiones, reflexiones y sugerencias en materias de infancia entorno al Modelo de Familia de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar.	159
6.5 Modelo Familia de Acogida Temporal del Hospital Gustavo Fricke	160
<i>CAPÍTULO VII.</i>	163
7. Bibliografía.....	164
<i>CAPÍTULO VIII.</i>	167
8.1 Entrevista Equipo Chile Crece Contigo del Hospital Gustavo Fricke.....	168
8.2 Entrevista Directora María Acoge Elizabeth Yañez	172
8.3 Entrevista Doctor Eduardo Jaar	177

Índice Figuras

Figura N°1: Valores Institucionales Hospital Dr. Gustavo Fricke	19
Figura N°2: Jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota (SSVQ).	21
Figura N°3: Valores Institucionales Servicio de Salud Viña del Mar Quillota (SSVQ)	24
Figura N°4: Dirección Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota	25
Figura N°5: Organigrama Institucional ONG María Acoge	30
Figura N°6: Organigrama Institucional SENAME	37
Figura N°7: Equipo Chile Crece Contigo Intervención	43
Figura N°8: Organigrama Institucional Interno Chile Crece Contigo.	44
Figura N°9: Políticas Públicas dirigidas a la Primera Infancia.	51
Figura N°10: Ejes Conceptuales del Proyecto de Título.	103
Figura N°11: Fases Plan de Análisis	113

Índice Tablas

Tabla N°1: Ejes Conceptuales	105
Tabla N°2: Pasos de combinación Análisis de Contenido y Análisis de Integración Teórico Práctica.	107
Tabla N°3: Proceso de Validación: Juicio de Expertos:	108
Tabla N°4: Proceso de Validación: Base Ampliada de Acuerdos.	109
Tabla N°5: Proceso de Validación: Triangulación.	110
Tabla N°6: Instituciones	112
Tabla N°7: Fase 1.	114
Tabla N°8. Curso Promoción de Apego Seguro.	117
Tabla N°9: Fase 2	120
Tabla N°10: Fase 3	127
Tabla N°11: Fase 4	133
Tabla N°12: Cuadro Comparativo Modelo FAE v/s Modelo FAT Dr. Jaar.	140
Tabla N°12: Fase 5	143

Índice Imágenes

Imagen N°1: Logo Hospital Dr. Gustavo Fricke	18
Imagen N°2: Logo Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	22
Imagen N°3: Logo FAE María Acoge	26
Imagen N°4: Logo SENAME	31
Imagen N°5: Logo Chile Crece Contigo	38
Imagen N°6: Psiquiatra Eduardo Jaar.	46
Imagen N°7 Curso Promoción del Apego Seguro	116
<i>Imagen N°8: Equipo Chile Crece Contigo</i>	119
Imagen N°9: Equipo Chile Crece Contigo en Feria de Promoción de Lactancia Materna HGF	130
Imagen N°10: Dr. Eduardo Jaar en la Unidad de Pediatría del Hospital San José	144
Imagen N°11 Flayer, difusión Proyecto Piloto	161

Resumen

El presente Proyecto de Título tiene como objetivo general “Sistematizar el Proyecto Piloto Familia de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar en el Programa Chile Crece Contigo, de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto–Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke durante los meses de abril a diciembre del año 2017”, por medio del análisis los principales lineamientos presentes en el programa piloto, recopilando las principales experiencias y aprendizajes de las profesionales que realizarán la implementación del proyecto durante el año 2018 y sugiriendo una propuesta de reestructuración de los lineamientos presentes en el programa piloto acorde a la realidad del Hospital, configurándose de esta manera un modelo propio de intervención; El Modelo de Familia de Acogida Temporal Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Para el análisis de los lineamientos del programa Piloto Familia de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar, se establecen tres ejes conceptuales que permiten dar sustento teórico a la presente sistematización, estos corresponden a:

- Infancia
- Familia
- Apego

Durante el desarrollo del proceso de levantamiento de datos y análisis de los ejes conceptuales indicados anteriormente, se logra identificar la carencia de protocolos y/o estrategias de intervención en el sector público en relación a la problemática de abandono de recién nacidos en contexto intrahospitalario, por lo cual surge la necesidad de materializar la experiencia del Dr. Eduardo Jaar a través de la metodología de sistematización, que permite generar conocimiento desde la práctica profesional de Trabajo Social, estableciéndola como una alternativa de intervención, acorde al modelo biopsicosocial que rige al actual sistema de salud chileno.

Palabras Claves: Sistematización, Infancia, Familia, Apego, Familia de Acogida Temporal, Construcción del Psiquismo, Abandono Intrahospitalario.

Abstract

The following degree Project's main aim is to "Systematize the Temporary Shelter Family Pilot Project of Dr. Eduardo Jaar in the Chile Crece Contigo Program, of the University of Neuropsiquiatría for Children and Youth of Dr. Gustavo Fricke Hospital during April to December of 2017" through the analysis, the main guidelines present in the pilot program, gathering the main experiences and learning of the professionals who will implement the project during 2018 and suggesting a proposal for restructuring the guidelines present in the pilot program according to the reality of the Hospital, thus configuring its own model of intervention; The Family Model of Temporary Shelter Dr. Gustavo Fricke Hospital.

For the analysis of the guidelines of the Temporary Shelter Family Pilot program of Dr. Eduardo Jaar, three conceptual axes are established that allow to give theoretical support to the present systematization, these correspond to:

- Childhood
- Family
- Attachment

During the development of the process of data collection and analysis of the conceptual axes indicated above, it is possible to identify the lack of protocols and / or intervention strategies in the public sector in relation to the problem of abandonment of newborns in the in-hospital context, by which arises the need to materialize the experience of Dr. Eduardo Jaar through the methodology of systematization, which allows to generate knowledge from the professional practice of Social Work, establishing it as an intervention alternative, according to the biopsychosocial model that governs the current system of Chilean health.

Key Words: Systematization, Childhood, Family, Attachment, Temporary Shelter Family, Construction of the Psychism, Intrahospital Abandonment.

INTRODUCCIÓN

El presente documento es el resultado del proceso de sistematización del Proyecto Piloto Familia de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar en el Programa Chile Crece Contigo, de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke durante los meses de abril a diciembre del año 2017, llevado a cabo durante el contexto del Proyecto de Título I y II, realizado durante el quinto año académico de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, para optar al grado de Licenciatura y Título Profesional de Trabajo Social, bajo el contexto de lactantes en situación de abandono en el hospital Dr. Gustavo Fricke.

Mediante el desarrollo del proceso de sistematización de los principales lineamientos del programa y por medio de la experiencia de las profesionales que lo llevarán a cabo, es que se confecciona el presente documento que evidencia los resultados obtenidos, con el propósito de presentarse como un referente para la implementación en el presente hospital y otros centros hospitalarios.

El documento que se presenta a continuación está compuesto por los siguientes capítulos los cuales permiten conocer y comprender el sustento teórico y metodológico de la presente sistematización:

Capítulo I: Contexto de la Experiencia.

Se dan a conocer el contexto institucional, programático y de Políticas Públicas en materia de Infancia que enmarca la experiencia de sistematización del Proyecto Piloto Familia de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar en el Programa Chile Crece Contigo, de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Capítulo II: Marco Teórico Conceptual.

Se establecen las bases teóricas conceptuales que sustentan el desarrollo Proyecto Piloto Familia de Acogida Temporal Dr. Eduardo Jaar. Para lo cual se definen los siguientes ejes conceptuales que permitirán desarrollar el plan de análisis correspondiente: **Infancia, Familia y Apego.**

Capítulo III: Marco Metodológico.

Se presenta el diseño metodológico a utilizar en el presente proyecto de título, el cual otorga las directrices que orientaran el proceso del Proyecto Piloto Familia de Acogida Temporal.

Capítulo IV: Análisis y Resultados.

Para el desarrollo del plan de Análisis se ha establecen cinco fases que serán analizadas de acuerdo a los ejes conceptuales establecidos y mencionados anteriormente: 1. Modelo de Acogida Temporal del Hospital Gustavo Fricke, 2. Tensión existente entre la Ley y el Modelo de Acogida Temporal Dr. Eduardo

Jaar. 3. Levantamiento Diagnóstico de la Realidad del Hospital Dr. Gustavo Fricke. 4. Estrategias utilizadas por SENAME para la protección de la infancia. 5. Sistematización del Modelo FAT.

Capítulo V: Reflexiones y Conclusiones.

Se presentan las reflexiones y conclusiones obtenidos mediante el proceso de sistematización en relación a los ejes conceptuales, el contexto programático e institucional, el rol del Trabajo Social en materias de infancia, y finalmente, en relación al modelo de Familia de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar, en donde se sugiere realizar modificación para adaptarlo a la realidad del hospital Dr. Gustavo Fricke.

CAPÍTULO I.

Contexto desde la Experiencia



“No hay causa que merezca más alta prioridad que la protección y el desarrollo del niño, de quien depende la supervivencia, la estabilidad y el progreso de todas las naciones y, de hecho, de la civilización humana”.
(Plan de Acción de la cumbre mundial a favor de la infancia, 30 de septiembre 1990.)

1. CONTEXTO INSTITUCIONAL

1.1 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE

1.1.1 Tipo de Institución

Hospital de Alta Complejidad Autogestionado en Red, perteneciente a la Red Asistencial de Servicio de Salud Viña del Mar Quillota (SSVQ).

1.1.2 Historia

El Hospital Dr. Gustavo Fricke, lleva dicho nombre desde el 2 de octubre de 1969, en honor al Doctor Gustavo Fricke Schencke,

quien fue el principal gestor de la construcción del inmueble y que actualmente se encuentra en proceso de reconstrucción.

En 1980 se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud, en donde se transforma en el hospital base del Servicio de Salud de Viña del Mar-Quillota. Actualmente se clasifica como un Hospital de Alta Complejidad Autogestionado en Red, cuyo propósito fundamental es otorgar prestaciones de mayor complejidad técnica a la población perteneciente al Servicio de Salud de Viña del Mar Quillota (SSVQ), ofreciendo especialidades de acuerdo a los requerimientos y prioridades sanitarias de la Red Asistencial.

1.1.3 Política de la Institución

1.1.3.1 Misión

“Somos un establecimiento público asistencial, docente, autogestionado, acreditado y de alta complejidad, de referencia nacional y regional, que participa plenamente en el servicio de salud Viña de Mar Quillota, con estándares de calidad, seguridad, eficiencia y la mejor tecnología disponible, centrados en la satisfacción del usuario.” (Hospital Gustavo Fricke, 2017)

1.1.3.2 Visión

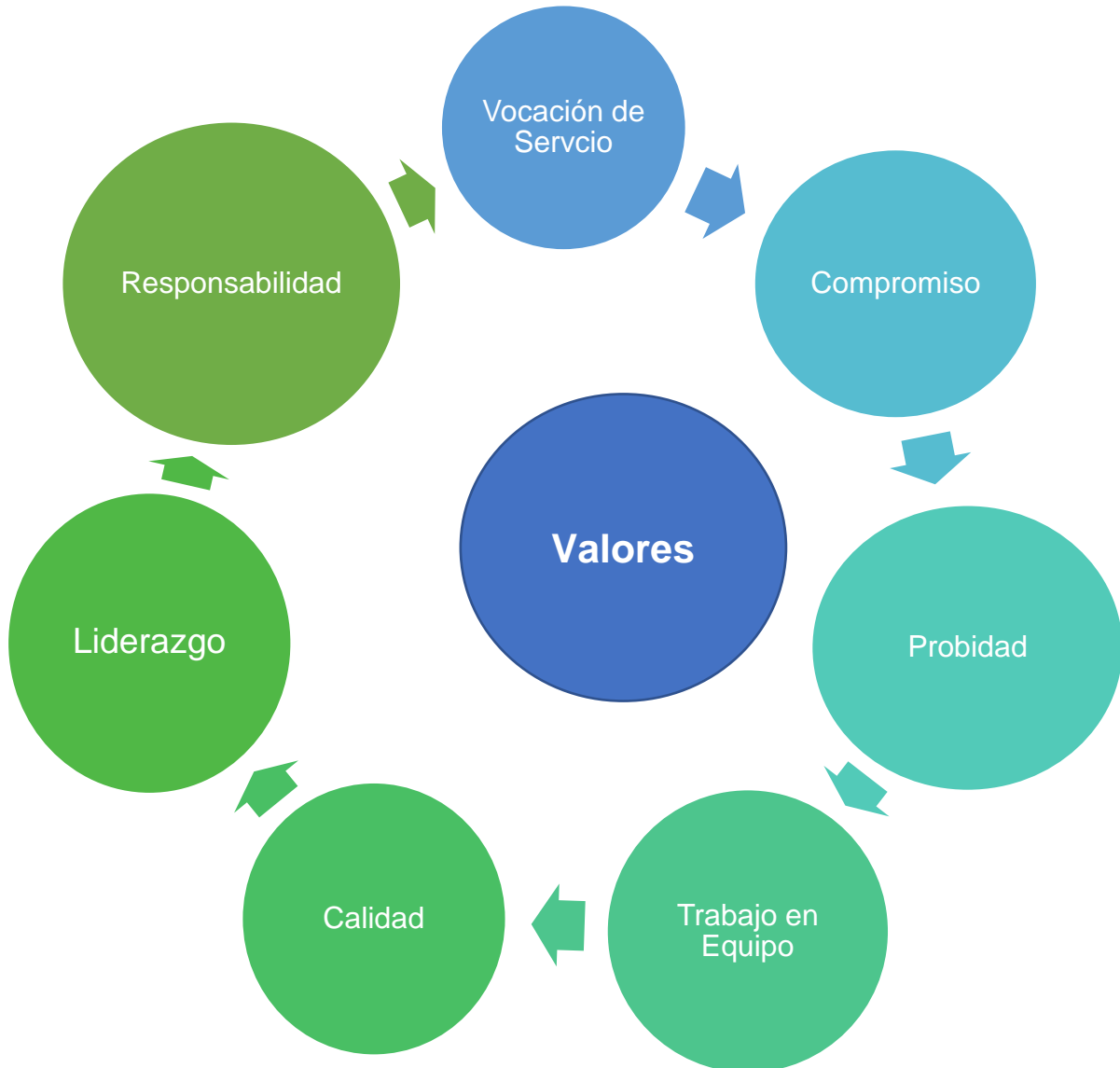
“Queremos ser el Hospital público más complejo del país, con atención de calidad, centrado en los pacientes y sus familias.” (Hospital Gustavo Fricke, 2017)



(Imagen N°1: Logo Hospital Dr. Gustavo Fricke)

1.1.3.3 Valores

❖ Figura N°1: Valores Institucionales Hospital Dr. Gustavo Fricke



(Fuente: Elaboración Propia)

- **Vocación de Servicio:**

En cada una de nuestras acciones privilegiamos el desarrollo y el crecimiento de la salud pública, estando siempre atentos y comprometidos con la calidad de atención y servicio que se les entrega a los usuarios del hospital.

- **Compromiso:**

Queremos dar lo mejor de nosotros en pos de la mejora de las condiciones de salud

de las personas, buscando impactar de manera positiva en su calidad de vida, la de sus familias y su entorno.

- **Probidad:**

Buscamos el interés general del establecimiento siempre por sobre los individuales y particulares, demostrando así que nuestro trabajo se basa en la rectitud de nuestros actos administrativos y clínicos.

- **Trabajo en Equipo:**

Nuestro esfuerzo colectivo por la salud de las personas refleja el esfuerzo que realizamos por articular la suma de esfuerzos, acciones, visiones, e ideas de cada uno de los funcionarios.

- **Responsabilidad:**

Las decisiones y acciones de cada uno de los miembros del equipo de salud del hospital están enmarcadas en la protección de la población, el uso eficiente y equitativo de los recursos públicos y la equidad en la oportunidad del acceso a la atención en salud de las personas.

- **Liderazgo:**

Cada uno de los funcionarios del hospital debe reconocerse a sí mismo como protagonista en la realización de los logros del establecimiento, así como integrante de equipo humano que es parte activa de la red de salud.

- **Calidad:**

Queremos que la atención en salud que reciban las personas sea de excelencia, tanto técnica como humanamente, propendiendo al fortalecimiento de una cultura de calidad al interior del hospital, la cual permite dar a los usuarios garantías de seguridad en las prestaciones que reciben.

1.1.3.4 Objetivos Institucionales

1.1.3.4.1 Objetivos Sanitarios:

- Mejorar la salud de la población.
- Disminuir las desigualdades en salud.
- Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud.
- Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias.

1.1.4 Ubicación Geográfica

Dirección: Av. Álvarez N° 1532, Viña del Mar, Valparaíso.

1.1.5 Cobertura

El Hospital Dr. Gustavo Fricke, atiende anualmente aproximadamente 1.095.052 personas, correspondiente a los beneficiarios de la salud pública de Viña del Mar, entre ellos, 213.670 población infantil menores de 15 años, 744.296 población de adultos entre 15 y 64 años y 137.086 población adulto mayor de 65 años a más, entre pacientes de atención espontánea y pacientes derivados de la red Viña del Mar Quillota.

1.1.6 Radio de Acción

La presente institución depende de la Dirección del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota (SSVQ), comprendiendo a un total de 18 comunas de las provincias de Valparaíso, Marga Marga, Quillota y Petorca.

- ❖ **Figura N°2: Jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota (SSVQ).**



(Fuente: Elaboración propia)

1.2 SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA

1.2.1 Historia

El año 1924 se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social que se haría cargo de las tareas de higiene pública. Bajo este contexto en 1952 se promulga La Ley 10.383 que establece el Servicio Nacional de Salud (SNS) “organismo encargado de la protección de la salud para toda la población y del fomento y recuperación de la salud de los obreros, esposas e hijos hasta los 15 años” (Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, 2016).



(Imagen N°2: Logo Servicio de Salud Viña del Mar Quillota)

En sus inicios el sistema de salud surgió por aportes de organizaciones religiosas y filantrópicas; refundando a su vez los recursos para generar en el ámbito nacional un sistema de cobertura en salud en el que el Estado obtiene un papel preponderante en el financiamiento, la creación y administración de la infraestructura médica estatal.

El Decreto de Ley 2.763 del 3 de agosto de 1979 reestructura al Ministerio de Salud (SNSS) y establece los organismos dependientes del ISP, FONASA y Central de Abastecimiento. El 1 de agosto de 1980 entra en vigencia la ley que crea los Servicios de Salud y Comienza a funcionar el Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota.

La Reforma de Salud del 2005 reorganizó todo el Sistema de Salud tanto en sus aspectos de gestión clínica y administrativa, como de atención y beneficio a los usuarios, creando la Subsecretaría de Salud Pública la Subsecretaría de Redes a la que pertenecen los Servicios de Salud y su red de establecimientos.

El Servicio de Salud Viña del Mar Quillota es uno de los de mayor extensión geográfica del país, con una población asignada de 1.083.063 habitantes. Dentro de la jurisdicción del SSVQ existen 18 comunas correspondientes a las provincias de Marga Marga, Quillota – Petorca y Valparaíso, esta última compartida con el Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio. Cubre a las 18 comunas con más de 90 dispositivos de Salud Primaria, entre ellos: Centros de Salud Familiar, Centros de Salud, Posta de Salud Rural, Centro Comunitario de Salud Familiar, Servicio de Atención Primaria de Urgencia, Servicio de Urgencia Rural

El Servicio de Salud Viña del Mar Quillota mantiene también bajo su gestión el funcionamiento de 11 hospitales entre los que se encuentran:

- Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar.
- Hospital de Quilpué.
- Hospital San Martín de Quillota.
- Hospital Juana Ross de Edwards de Peñablanca.
- Hospital Santo Tomás de Limache.
- Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde de Limache.
- Hospital Dr. Mario Sánchez de la Calera.
- Hospital San Agustín de la Ligua.
- Hospital Dr. Víctor Hugo Moll de Cabildo.
- Hospital de Petorca.

1.2.2 Política de la Institución

1.2.2.1 Misión Institucional

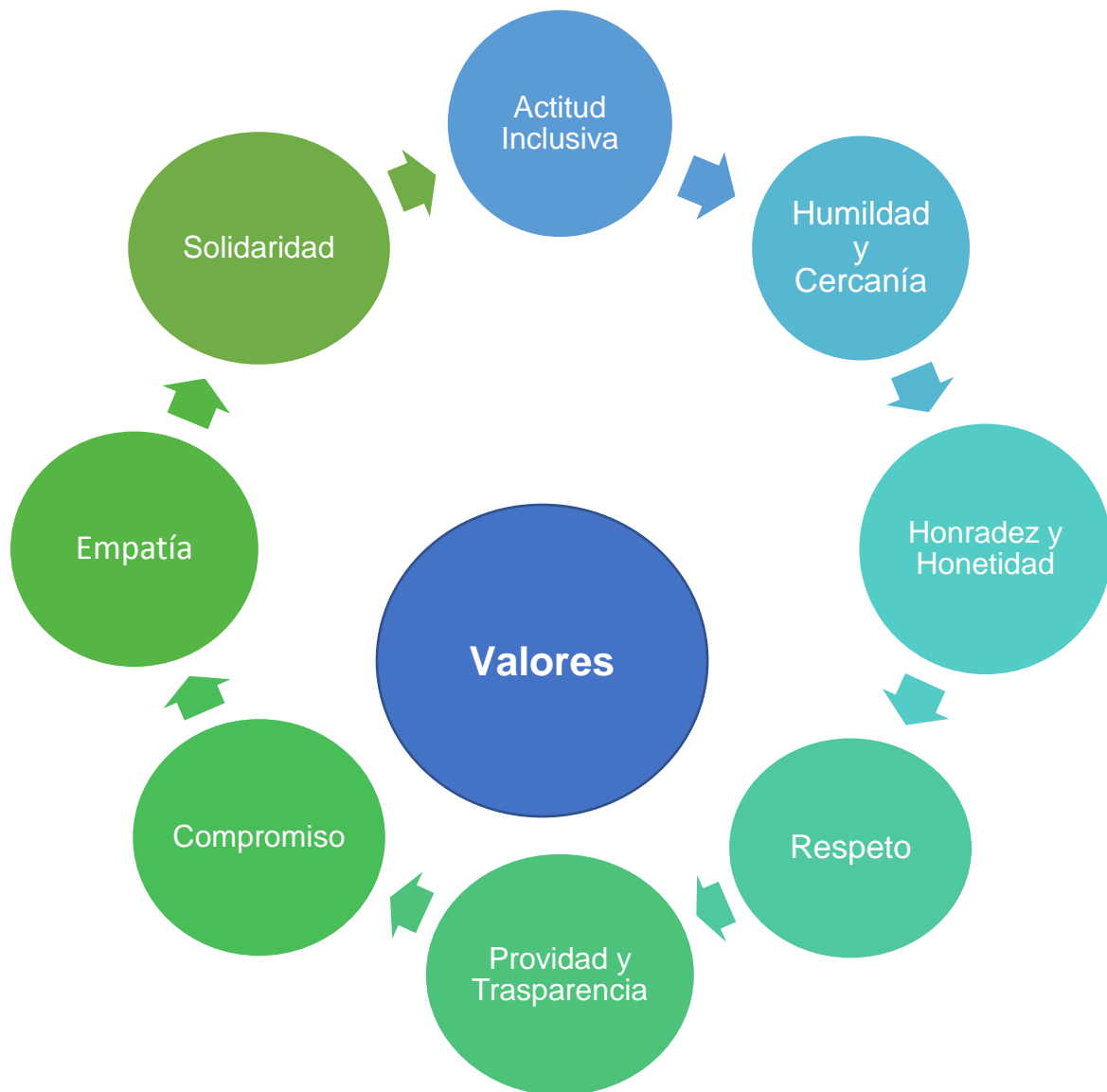
“Una red integrada y continua, que brinda servicios asistenciales, de prevención de la enfermedad y de promoción de hábitos saludables; enfocada en satisfacer las demandas en salud de nuestra población, con la atención profesional y humana de sus funcionarios, con eficiencia y calidad, incorporando la participación vinculante de los usuarios, en la mejor gestión de los recursos disponibles”.

1.2.2.2 Visión Institucional

“Satisfacer las necesidades y expectativas de salud de la población, con el más alto compromiso, eficiencia y calidad. En base al desarrollo técnico, profesional y humano de nuestros funcionarios y funcionarias, promoviendo un trato digno, de respeto, corresponsabilidad e inclusión en las acciones de salud, reconociendo la salud pública como un derecho fundamental para el progreso de nuestro país”.

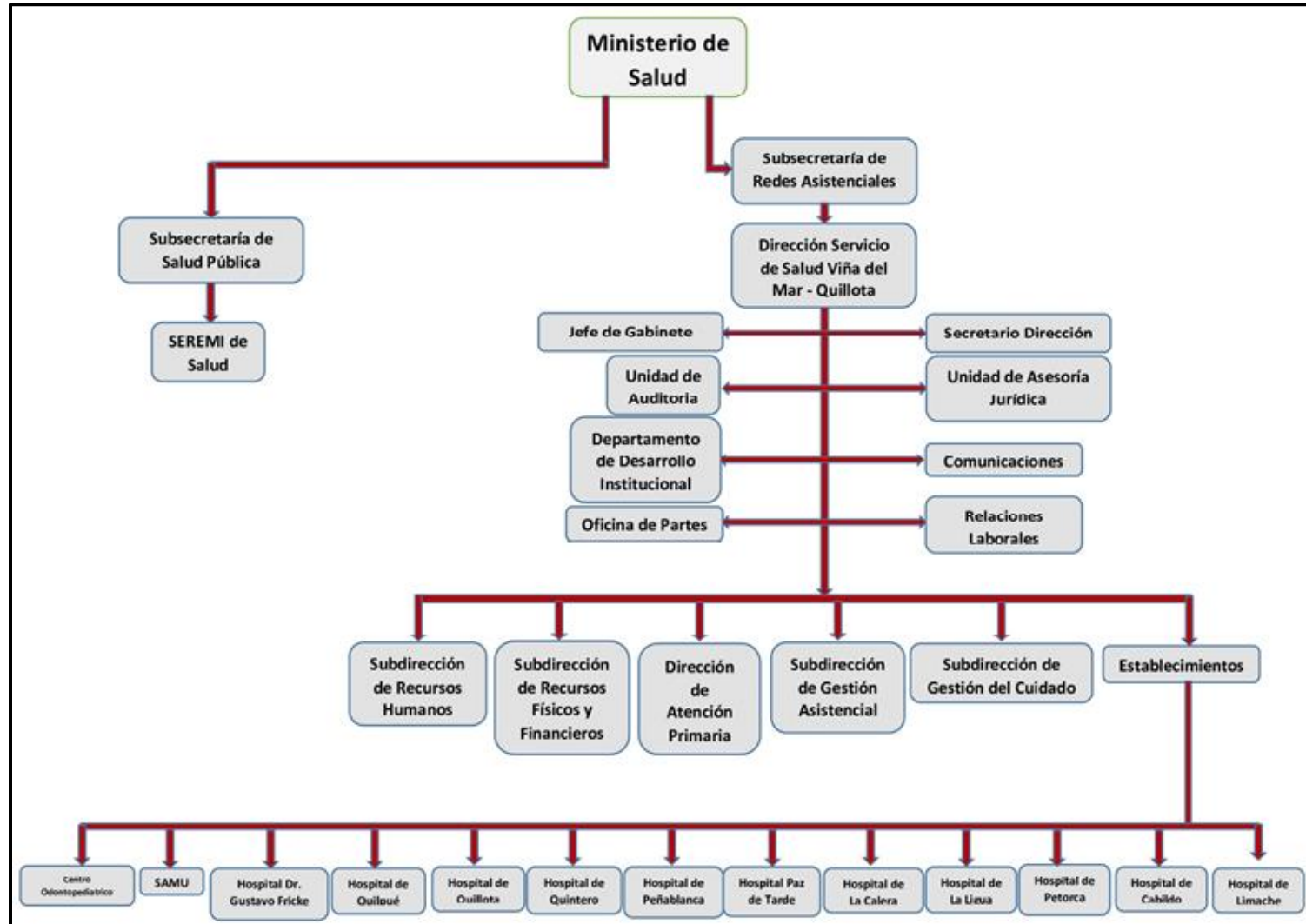
1.2.2.3 Valores Institucionales

❖ **Figura N°3: Valores Institucionales Servicio de Salud Viña del Mar Quillota (SSVQ).**



(Fuente; Elaboración Propia)

1.2.2.3 Organigrama **Figura N°4: Dirección Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.** (Fuente: Servicio de Salud Viña del Mar Quillota 201



1.3 MARÍA ACOGE: FAMILIA DE ACOGIDA EL CANELO

1.3.1 Tipo de institución

La ONG María acoge corresponde a una institución sin fines de lucro, cuyo objetivo principal es ayudar, educar y restituir los derechos a niños, niñas y adolescentes que se encuentran desprotegidos o vulnerados en sus derechos. Es una organización colaboradora de SENAME, a través del proyecto de familia de acogida el cual consiste en integrar a niños, niñas y adolescentes a una familia alternativa.



(Imagen N°3: Logo FAE, El Canelo).

En relación a el programa de Familia de Acogida Especializada (FAE) El Canelo, atiende a niños, niñas y adolescentes que por razones de decisión judicial son separados de su medio familiar, ya que han sufrido graves vulneraciones a sus derechos, por lo cual son integrados a una familia de acogida la cual le debe otorgar un ambiente protector y afectivo, además de potenciar recursos y destrezas restituyendo los derechos vulnerados.

Para llevar a cabo dicho trabajo, el FAE El Canelo cuenta con un equipo técnico multidisciplinario, compuesto por Trabajadores Sociales, Psicólogos y Técnicos Sociales.

1.3.2 Cobertura

La cobertura total de esta institución es de 186 niños, niñas y adolescentes cuyas edades fluctúan entre 0 y 18 años.

1.3.3 Radio de acción

- Provincia de Valparaíso (Valparaíso- Puchuncavi).
- Provincia de Quillota (Quillota- La Ligua- Petorca).
- Región metropolitana (Santiago centro).

1.3.4 Antecedentes históricos

La ONG María Acoge, nace el 19 de junio de 1995, con un propósito definido: ayudar y educar a niños que se encontraban desprotegidos o vulnerados en sus derechos. En el inicio la institución asume el proyecto de Colocación Familiar, lo cual permitió ser una entidad reconocida como una institución colaboradora de SENAME (Servicio Nacional de Menores). La población inicial era 100 plazas y cobertura territorial en la comuna de Valparaíso, la que se fue extendiendo al resto de la provincia de Quillota y en el año 2006 extiende su cobertura hasta la provincia de Petorca con 145 plazas.

El programa tiene como sujeto de atención a todo niño, niña y adolescente (NNA) que haya sido vulnerado en sus derechos. Los sujetos de atención son derivados desde el tribunal de Familia correspondiente a la comuna que lo solicita, se extiende una medida de protección hacia el niño, que consiste en derivarlo a un núcleo familiar sustituto (staff de guardadores seleccionadas por la O.N.G.) capaz de brindarles los cuidados de protección y cariño, que estaban ausentes al momento de establecer la denuncia.

En el año 2001 se da inicio al Programa “Familia Asistida”, modalidad que privilegia la permanencia de las redes familiares de los niños, niñas y adolescentes, habilitando como guardadores a miembros de la red familiar extensa con el objeto de mantener estable los espacios territoriales, educacionales y familiares en los que se inserta el sujeto de atención.

En el mes de septiembre del año 2005 la ONG María Acoge asume la experiencia de sistemas residenciales como medida de intervención. Mediante un proceso de licitación, se adjudicaron el proyecto “Hogar Familia María Acoge”, ubicado en Viña del Mar.

Por otra parte, el programa de Colocación Familiar, tuvo un cambio de nombre durante el mismo año adquiriendo desde esa fecha, hasta hoy en día, el término Programa Familia de Acogida (FAE), debido a la inclusión familiar que esto implica, ya que no es sólo intervenida la guardadora, sino que se incluye a todos los miembros del núcleo familiar en el que se inserta el niño, niña y adolescente con medida de protección, ya sean estos pertenecientes a la familia extensa o bien miembros de la familia sustituta.

Actualmente, la O.N.G., cuenta con cuatro proyectos adjudicados, todos supervisados técnicamente por SENAME, estos son: PRI María Familia (Programa de reparación para la vida independiente e incorporación a una familia distinta a la de origen), FAE María Acoge, FAE Cordillera y FAE Ligua los tres ubicados en la Región de Valparaíso Y el PPF Estación Central que se encuentra ubicado en la Región Metropolitana.

1.3.4 Política de la institución

1.3.4.1 Visión institucional

“Somos una ONG que se orienta a restituir los derechos vulnerados de los niños, niñas y adolescentes, mediante su inserción en un ambiente familiar que los acompañe y contenga, ofreciendo oportunidades de desarrollo saludables a través de un abordaje técnico integral, que reconozca a la familia como el pilar fundamental para el desarrollo biopsicosocial de personas capaces de construir una sociedad más justa, basada en los buenos tratos”

1.3.4.2 Misión institucional

“Nos vemos como parte de una red de trabajo articulada en pro de la infancia, promoviendo un sentido de comunidad y cooperación en torno al cuidado y protección de los niños, niñas y adolescentes. Nos proponemos coordinar con otros integrantes de la comunidad el resignificar situaciones de vulneración, mediante el reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes y las familias como agentes de cambio”.

1.3.4.3 Objetivos de la institución

1.3.4.3.1 Objetivo General:

“Incluir a niños, niñas y adolescentes entre 0 a 18 años de edad, solos o con grupo de hermanos, en residencia particular de una familia de acogida, con imparcialidad tolerancia e igualdad, respecto a características de género, etnia, cultura y/o religión”.

De concordancia con lo anterior, se asigna promociona y ejecuta procesos de intervención profesional especializado que proyecta al restablecimiento de los derechos vulnerados que originaron la separación de la familia de origen, junto con propiciar la seguridad, cuidado y protección biopsicosocial de los niños, niñas y adolescentes, contemplando a su vez, la pertinencia y oportunidad del ejercicio de la permeabilidad en los adultos responsable, en tanto, cuente con posibilidades factibles de previsión de retorno con familias de origen; o bien la posibilidad de iniciar procesos de adopción; o en su defecto, contar con condiciones que permitan el desarrollo de recursos para vivir de manera independiente.

1.3.4.3.2 Objetivos específicos:

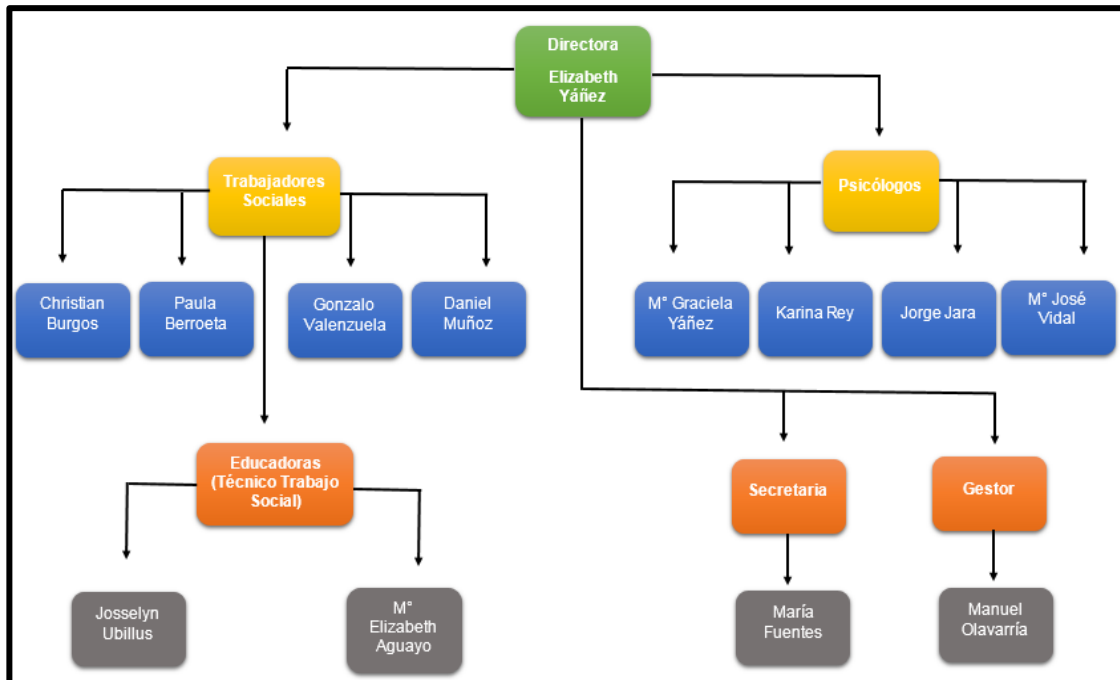
- La institución debe disponer de familias de acogida que permitan la satisfacción de las necesidades básicas, en un ambiente saludable, con condiciones de seguridad y buen trato.
- La institución debe disponer de familias de acogida que propendan a favorecer las necesidades del desarrollo infantil y adolescentes, en sus aspectos físicos, psicológicos, y sociales.
- La institución procurará restablecer con oportunidad el derecho a vivir en una familia estable a través de procesos de intervención psico-socio-familiares.

1.3.4.4 Funciones de la institución

La principal función de la ONG María acoge es brindar asistencia y protección a niños, niñas y adolescentes, incluyendo a su grupo familiar con el objetivo de fortalecer los vínculos familiares y lograr desarrollar y trabajar técnicas relacionadas con las habilidades parentales, mediante el proceso de intervención restituyendo a si aquellos derechos que les fueron vulnerados, principalmente el derecho a criarse y ser partícipe de la vida familiar. A su vez vela por el pleno cumplimiento del ejercicio de los derechos de la infancia y la adolescencia, siempre protegiendo el interés superior del niño, niña o adolescente.

1.3.4.5 Organigrama

❖ **Figura N°5: Organigrama Institucional ONG María Acoge.**



(Fuente: ONG María Acoge, 2016)

1.3.4.6 Vinculación con otras instituciones o redes sociales

La institución trabaja vinculada principalmente a la red de colaboradores del SENAME, (OPD, PPF, PIE) debido a que es una institución permanente a esa red. Además, se vincula con la red de atención de salud, Hospitales y CESFAM de las zonas geográfica que abarcan a los niños, niñas y adolescentes que son atendidos.

Asimismo, María Acoge trabaja en conjunto con organizaciones de orden como Carabines de Chile y PDI, este vínculo se argumenta desde dos aristas, por un lado, en la necesidad de la utilización de la fuerza legal para realizar acciones de intervención con las familias que se oponen al accionar del Trabajador Social, y por otro lado por la necesidad de seguridad para los profesionales en diversas instancias de riesgo.

Finamente, la institución mantiene una estrecha relación con el ministerio público, principalmente Tribunales de Familia y Fiscalía Local. La vinculación con los tribunales de familia es considerada como fundamental debido a que todos los casos que ingresan a la institución son derivados por ellos y porque los diversos procesos que se llevan en la institución como adopción o medidas de protección entre otros tienen directa relación con los derechos de los niños, niñas y adolescentes, son dependientes del poder judicial y en su defecto de los tribunales de familia.

1.4 SENAME

1.4.1 Tipo de Institución

El Servicio Nacional de Menores (Sename) es un organismo gubernamental centralizado, colaborador del sistema judicial y dependiente del Ministerio de Justicia. Se encarga de la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, y de jóvenes entre 14 y 18 años ante el sistema judicial. Además, se ocupa de regular y controlar la adopción en Chile.



(Imagen N°4: Logo SENAME)

Fue creado por el Decreto de Ley N 2.465 del 10 de enero de 1979, que constituye su Ley Orgánica publicada en el Diario Oficial el 16 de enero del mismo año. Un decreto supremo del 5 de diciembre de 1979 fijó la planta y el Sename entró en funciones el 1 de enero de 1980.

El Servicio lleva a cabo su gestión conforme a las instrucciones de los diversos tribunales distribuidos a lo largo del país. Todos los servicios y asistencias que se prestan en la institución, salvo las Oficinas de Protección de Derechos (OPD), están ligadas a la justicia. Los niños y adolescentes que reciben atención han sido enviados directamente por los Tribunales de Familia, vale decir, se encuentran judicializados.

1.4.2 Política de la Institución

1.4.2.1 Misión Institucional

“Contribuir a la promoción, protección y restitución de derechos de niños, niñas y adolescentes vulnerados/as, así como a la responsabilización y reinserción social de los adolescentes infractores/as de ley, a través de programas ejecutados directamente o por organismos colaboradores del servicio”.

1.4.2.2 Objetivos Estratégicos Institucionales

- Restituir y/o reparar los derechos de los niños/as y adolescentes vulnerados en sus derechos por medio de prestaciones de protección.
- Reinsertar socialmente a adolescentes imputados/as y/o condenados/as conforme a estándares definidos por la Ley 20.084.

- Promover los derechos y prevenir la vulneración de los mismos para niños/as y adolescentes.
- Supervisar tanto el cuidado de los niños/as y adolescentes atendidos en la oferta del servicio, como a su vez hacer uso eficiente de los recursos disponibles, a fin de mejorar la calidad de las prestaciones dando cumplimiento a los estándares establecidos por el servicio, en concordancia con mandatos legales aprobados por el Estado de Chile.
- Adecuar continuamente la oferta dedicada a la atención de niños, niñas y adolescentes vulnerados/as en sus derechos y la rehabilitación de adolescentes que han infringido la ley, a fin de adecuarlas a las políticas nacionales e internacionales sobre la materia y mandatos legales aprobados por el Estado de Chile, en conformidad a estándares de calidad.

1.4.3 Departamento de Protección y Restitución de Derechos.

La acción del Servicio Nacional de Menores en materia de protección encuentra su marco orientador en los postulados de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y en otros cuerpos legales, que definen institucionalmente la voluntad del Estado de otorgar vigencia y operatividad a los derechos de niños/as y adolescentes. Adicionalmente, y conforme a la función específica del Sename en materia de protección, se orienta a quienes en el rango de 0 a 18 años han visto vulnerados sus derechos, se encuentran en situación de riesgo y/o vulnerabilidad y tienen comprometida la plenitud de su desarrollo.

La CDN, de fecha 20 de noviembre de 1989, ratificada por el Estado de Chile en 1990, releva a partir del concepto “interés superior del niño” la preocupación por la protección y el cuidado, distinguiendo las que son sus obligaciones específicas y el detalle de los derechos que atañen a la acción del Estado, y que instituyen asimismo la acción del servicio en materia de protección. La convención constituye para el Sename el sustento jurídico y ético de su quehacer.

1.4.3.1 Regulaciones en Materia de Infancia

- Ley de Menores
- Ley de Tribunales de Familia N 19.968
- Ley de Subvenciones N 20.032
- Observaciones Comité de los derechos del niño.
- Ley 20.207 Referente a Prescripción de delitos Sexuales

El país ha suscrito una serie de otros acuerdos internacionales. Estos han sido recogidos en las orientaciones e instrumentos de política pública, los que tienen injerencia en la acción del Sename en materia de protección. También se traducen en un esfuerzo por concertar acuerdos con otras instancias de la administración del Estado, de manera de incorporar su contenido.

1.4.3.2 Objetivo del Departamento

El Departamento de Protección y Restitución de Derechos del Sename tiene como objetivo el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, es decir, la protección y restitución de sus derechos vulnerados, a través de la intervención y reparación que se otorgan en distintos programas de intervención.

1.4.4 Departamento de Adopción.

El Servicio Nacional de Menores es el órgano rector encargado de llevar un registro de postulantes nacionales y extranjeros declarados aptos para adoptar, asimismo como de niños y niñas declarados susceptibles de ser adoptados. Se preocupa de la acreditación, fiscalización y supervisión de organismos nacionales y extranjeros de programas de adopción. Es la principal institución que se encarga de la adopción en Chile, responsable del 80% de los enlaces realizados al año.

1.4.4.1 Ley de Adopción Ley N° 19.620

La adopción corresponde al acto de recibir legalmente como propio a un hijo que biológicamente no lo es, para brindarle el afecto y los cuidados necesarios para satisfacer sus necesidades espirituales y materiales.

La ley de adopción 19.620, promulgada el 22 de julio de 1999, tiene como objetivo,

Velar por el interés superior del adoptado, y amparar su derecho a vivir y desarrollarse en el seno de una familia que le brinde afecto y se preocupe de

los cuidados y necesidades espirituales y materiales cuando estos no puedan ser proporcionados por su familia de origen.

El programa de adopción procura entregar al menor una familia responsable, lo cual está destinado a realizar dicha labor el Servicio Nacional de Menores y los organismos acreditados ante éste a través de profesionales expertos y habilitados en esta área. Comprende principalmente el apoyo y la orientación a la familia de origen del menor, la recepción y el cuidado de éste, la evaluación técnica de los solicitantes y la preparación de éstos como familia adoptiva, a cuyo efecto les corresponderá acreditar la idoneidad requerida.

Por otra parte, los niños y niñas que pueden ser adoptados y lo cuales se establecen en la ley corresponden a:

Los niños y niñas menores de 18 años:

- a)** Cuyos padres no puedan hacerse cargo de su cuidado y expresen el deseo de entregarlo en adopción ante un juez competente.
- b)** Que sean descendiente consanguíneo de uno de los adoptantes.
- c)** Que hayan sido declarados susceptibles de ser adoptados por resolución de un juez debido a alguna de las siguientes causas:

- Que los padres se encuentren inhabilitados física o moralmente para ejercer su cuidado.
- Que los padres no le proporcionen atención personal o económica durante 2 meses. Este plazo se reduce a 30 días, si el niño(a) es menor de 1 año. No es causa suficiente la falta de recursos económicos.
- Que lo entreguen a una institución pública o privada de protección de niños o a un tercero, con ánimo manifiesto de liberarse de sus obligaciones legales, lo que ocurrirá cuando la mantención del niño a cargo de la institución no obedezca a una causa justificada o no lo visiten por lo menos una vez durante los plazos señalados anteriormente.

Asimismo, las personas aptas de acuerdo a lo estipulado por la ley son:

- En primer lugar, los matrimonios chilenos o extranjeros con residencia permanente en Chile.
- A falta de ellos, los cónyuges chilenos o extranjeros no residentes en Chile.
- A falta de matrimonios residentes en Chile o en el extranjero, pueden postular las personas solteras, divorciadas o viudas, chilenas o extranjeras,

con residencia permanente en el país. Si hubiere varios interesados solteros o viudos que reúnan similares condiciones, el tribunal preferirá a quien sea pariente consanguíneo del menor de edad, y en su defecto, a quien tenga su cuidado personal.

Además, todas las personas que cumplan con los requisitos anteriores deben cumplir los siguientes requisitos:

- En el caso de los cónyuges, deben tener dos o más años de matrimonio civil, salvo que uno o ambos cónyuges sean infértiles, caso en el cual no se exige una duración mínima del matrimonio.
- Los interesados deben ser mayores de 25 años de edad y menores de 60, a menos que uno de los adoptantes sea ascendiente consanguíneo del adoptado, caso en que no se exigen dichos límites de edad.
- Tener una diferencia mínima de 20 años de edad con el adoptado, requisito al que se aplica la misma excepción anterior.
- Haber sido evaluados como idóneos desde el punto de vista físico, mental, psicológico y moral, por el Servicio Nacional de Menores (Sename) o algún organismo acreditado ante él para desarrollar programas de adopción.

Las personas que deseen realizar el proceso de adopción deben acudir al **Servicio Nacional de Menores** o a alguno de los organismos acreditados ante éste, para formar parte de la nómina de personas interesadas en la adopción, la que distingue entre aquellos que residen en el país y los que no.

Previo al trámite de la adopción, el niño o niña debe haber sido declarado/a susceptible de ser adoptado(a), a través de un procedimiento judicial que constata la situación del niño(a) en relación a su familia de origen, y contempla la posibilidad de que ésta se oponga y haga valer sus derechos. Dicho procedimiento puede iniciarse de oficio por el juez, a solicitud del Servicio Nacional de Menores o el organismo acreditado bajo cuyo cuidado permanece el niño(a), o bien por las personas naturales o jurídicas que lo tengan a su cargo.

El trámite de adopción debe realizarse ante el Juzgado de familia del domicilio del niño a solicitud de los interesados que cumplan los requisitos legales, presentando:

- Copia íntegra de la inscripción de nacimiento de la persona que se

pretende adoptar.

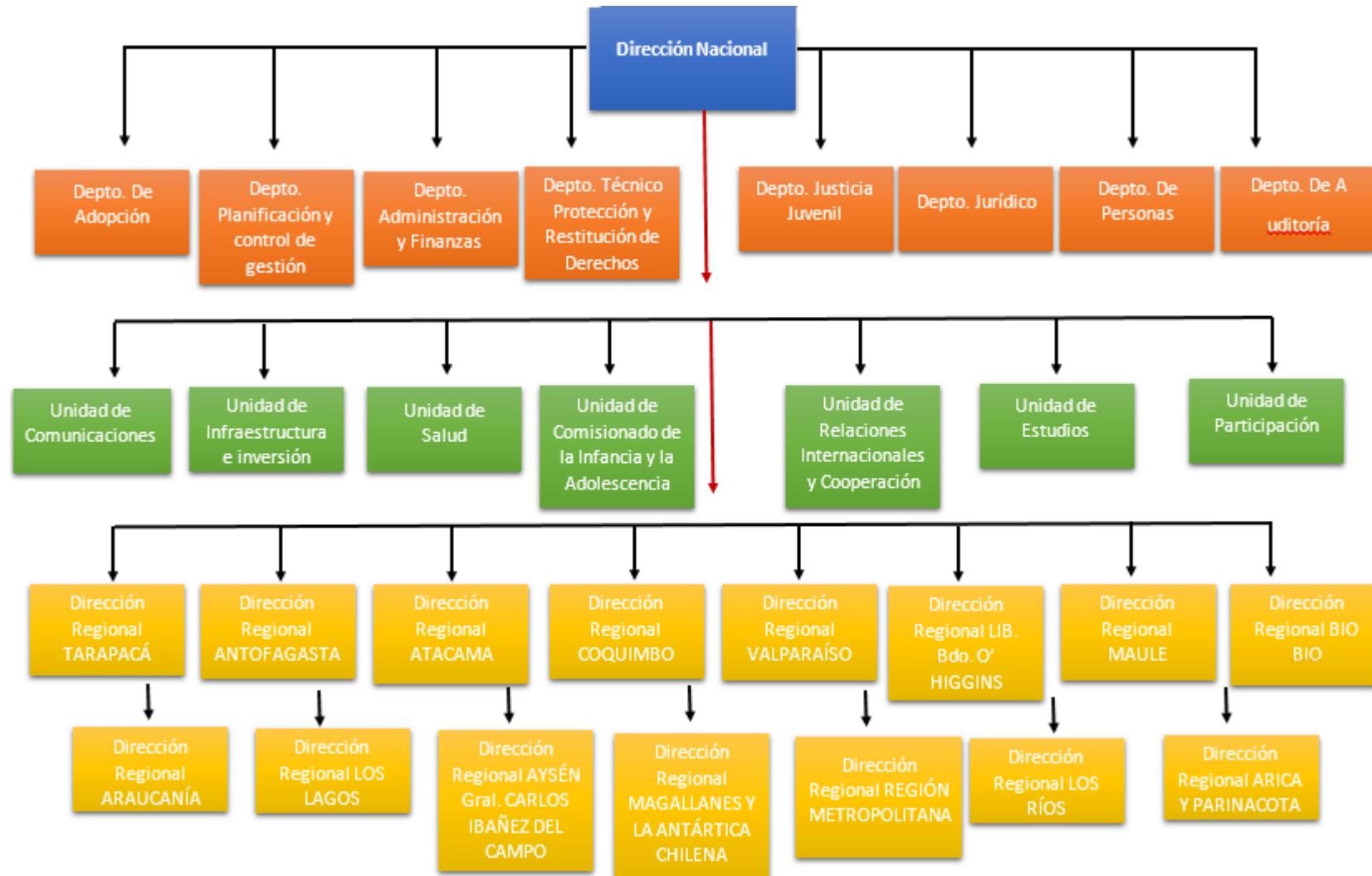
- Copia autorizada de la resolución judicial que declara que el niño puede ser adoptado.
- Informe de evaluación de idoneidad física, mental, psicológica y moral del o los solicitantes, emitido por el Servicio Nacional de Menores (Sename) o alguna organización acreditada ante él como: *Fundación San José para la Adopción, Fundación Chilena de la Adopción, Fundación Mi Casa y la Institución Colonia y Campamentos* (más conocida como Quinta de Tilcoco).

Luego comienza un proceso donde el juez oye a los interesados en adoptar, al adoptado y al Sename si procede.

1.4.5 Organigrama

❖ **Figura N°6: Organigrama Institucional SENAME**

(Fuente: Elaboración Propia)



2. CONTEXTO PROGRAMÁTICO

2.1 PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO

El Sistema de Protección Social constituye un modelo de gestión que permite articular, de manera coordinada, acciones y prestaciones sociales ejecutadas por diversos organismos del Estado y cuyo propósito es promover el acceso a mejores condiciones de vida de la población más vulnerable socioeconómicamente.



(Imagen N°5: Logo Chile Crece Contigo)

Al interior de este Sistema, se crea el Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo (ChCC). Este subsistema tiene como propósito avanzar hacia la igualdad de derechos y oportunidades a través del apoyo al desarrollo biopsicosocial de los niños y niñas sentando las bases desde el embarazo y durante la primera infancia, hasta el ingreso al mundo escolar (cero a cuatro años, aproximadamente).

La población objetivo son los niños y niñas, y sus familias adscritas al sector público de salud, aun cuando también hay acciones que favorecen al conjunto de la población.

Las prestaciones que se brinda a las familias se agrupan en tres componentes:

- **Salud:** el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB) es el eje del Subsistema y brinda acceso a un conjunto de prestaciones que realizan un acompañamiento personalizado a la trayectoria del desarrollo del niño/a.

Este programa tiene un carácter universal para todas las familias adscritas al sector público de salud, con apoyos específicos para niños/as en condiciones de vulnerabilidad y/o rezagos en el desarrollo.

El PADB no existía antes de la creación de ChCC y su estructuración ha permitido enfatizar la importancia de la promoción en salud, y en particular del desarrollo infantil temprano, mediante la organización de las prestaciones que ya estaban entregando algunas instituciones según su disponibilidad de recursos (como la evaluación sistemática del desarrollo infantil) o bajo la

modalidad de programas pilotos (por ejemplo, el parto con pertinencia cultural). Al estructurarse las prestaciones en un catálogo programático se garantizó, por una parte, su obligatoriedad y, por otra, su financiamiento. Adicionalmente, ha permitido mejorar la calidad de los registros administrativos en estas materias.

- **Educación:** Chile Crece Contigo ofrece acceso gratuito a salas cunas y jardines o modalidades equivalentes para los niños y niñas pertenecientes al 40% de los hogares más pobres –60% a partir del 2011– o para aquellos que presenten alguna situación de vulnerabilidad.
- **Red social:** se otorga acceso preferente a beneficios y programas sociales, como el Subsidio Único Familiar (SUF), subsidios de vivienda, educación de adultos, intermediación laboral, ayudas técnicas en caso de discapacidad, atención de salud mental, asistencia judicial, entre otros.

El ingreso al Sistema Chile Crece Contigo ocurre en el primer control prenatal de la madre en el sistema público de salud, con embarazo confirmado según las normas del Ministerio de Salud. Este hito constituye el primer contacto entre el niño/a (en etapa de gestación) y su familia, y el Sistema Chile Crece Contigo. A partir de ese momento, se ofrece un conjunto de intervenciones y servicios sociales para apoyar el proceso de desarrollo de los niños/as desde su gestación, hasta el ingreso al sistema escolar en el nivel de transición menor o prekínder.

2.1.1 Política de la Institución

2.1.1.1 Objetivo General:

Lograr un óptimo desarrollo integral de los niños y niñas menores de 4 años de edad, mediante la consolidación de un subsistema de protección integral a la primera infancia, de cobertura nacional y expresión comunal.

2.1.1.2 Objetivos Específicos

- Generar un ambiente familiar, comunitario y social favorable al desarrollo infantil temprano, que contribuya a que los niños y niñas desplieguen al máximo sus potencialidades.
- Acompañar y apoyar la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas, desde la gestación y hasta su inserción en el sistema escolar, de

manera oportuna y pertinente a las necesidades particulares de cada niño o niña.

- Apoyar el desarrollo de competencias parentales favorables al desarrollo integral de los niños y niñas.
- Detectar tempranamente los riesgos y potenciales rezagos en el desarrollo de los niños y niñas para su intervención oportuna.
- Ampliar la red nacional de servicios de apoyo al desarrollo infantil temprano.
- Instalar y consolidar redes comunales de protección social, con foco en la primera infancia, que permitan articular oportunamente las prestaciones y servicios que los niños, niñas y sus familias necesiten, y garantizar la pertinencia de dichas prestaciones y servicios respecto de las características culturales y sociales en las que los niños y niñas se desenvuelven.

2.1.2 Historia del Programa Chile Crece Contigo en la Institución.

En el año 2006, la Presidenta Michelle Bachelet, convoca a un grupo de expertos para conformar el Consejo Asesor para que realizara un diagnóstico de la situación en la que se encontraban los niños y niñas y elaborar un programa que respondiera a las problemáticas detectadas en dicho diagnóstico. Es así como se crea bajo la ley N°20.379 el Subsistema de Protección Integral a la Primera Infancia, Chile Crece Contigo, el cual por objetivo proteger, garantizar y promocionar de manera integral los derechos de los niños, niñas y adolescentes teniendo como referente principal la Convención de los Derechos del Niño, ratificada por Chile en el año 1990.

En el Hospital Dr. Gustavo Fricke, el Programa Chile Crece Contigo, comienza a implementarse a fines del año 2009 con la incorporación con las profesionales Matrona y Educadora de Párvulos. Posteriormente se integran al equipo 2 Psicólogos y 2 Asistentes Sociales; abarcando los Servicios de Obstetricia, Neonatología y Pediatría.

2.1.2.1 Misión

*“Entregar atención biopsicosocial a gestantes hospitalizadas, niños y niñas hospitalizadas con su respectiva familia, otorgando prestaciones **pertinentes** de acuerdo a las características y/o necesidades de cada una.”*

2.1.3 Equipo de Trabajo

- ❖ El equipo de Chile Crece Contigo del Hospital está compuesto por:

- ❖ Psicólogas:
 - Bárbara Retamal Díaz. (44 horas)
 - Consuelo Turres Tagle. (44 horas)

- ❖ Trabajadora Social:
 - Francisca Barría Barraza. (22 horas)

- ❖ Educadora de Párvulos:
 - Dalila Vásquez Navia (44 horas)

2.1.3.1 Funciones Profesionales del Equipo Chile Crece Contigo

Psicóloga Gestante y puérperas:

- Embarazo alto riesgo obstétrico (malformación, obesidad, prematuridad, adolescentes, consumo de alcohol y drogas, antecedentes de Salud mental)
- Óbito fetal.
- Nacimiento con consumo, malformación.
- Evaluación de apego y trastorno de ánimo.
- Intervención en crisis.

Psicóloga Neonatología y Pediatría:

- Entrevista de Ingreso Dúpla psicosocial.
- Entrevista de Ingreso Psicológica.
- Realizar evaluación diagnóstica de la sintomatología de Salud Mental materna/paterna.
- Realizar evaluación e intervención preliminar del vínculo (neonatología)

- Realizar intervención en crisis, contención emocional y acompañamiento en sala.
- Seguimiento psicológico según diagnóstico y necesidades observadas (síntomatología materna, riesgo vincular)
- Coordinación equipo tratante.
- Coordinación APS (solicitar referencia y derivaciones)

Asistente Social:

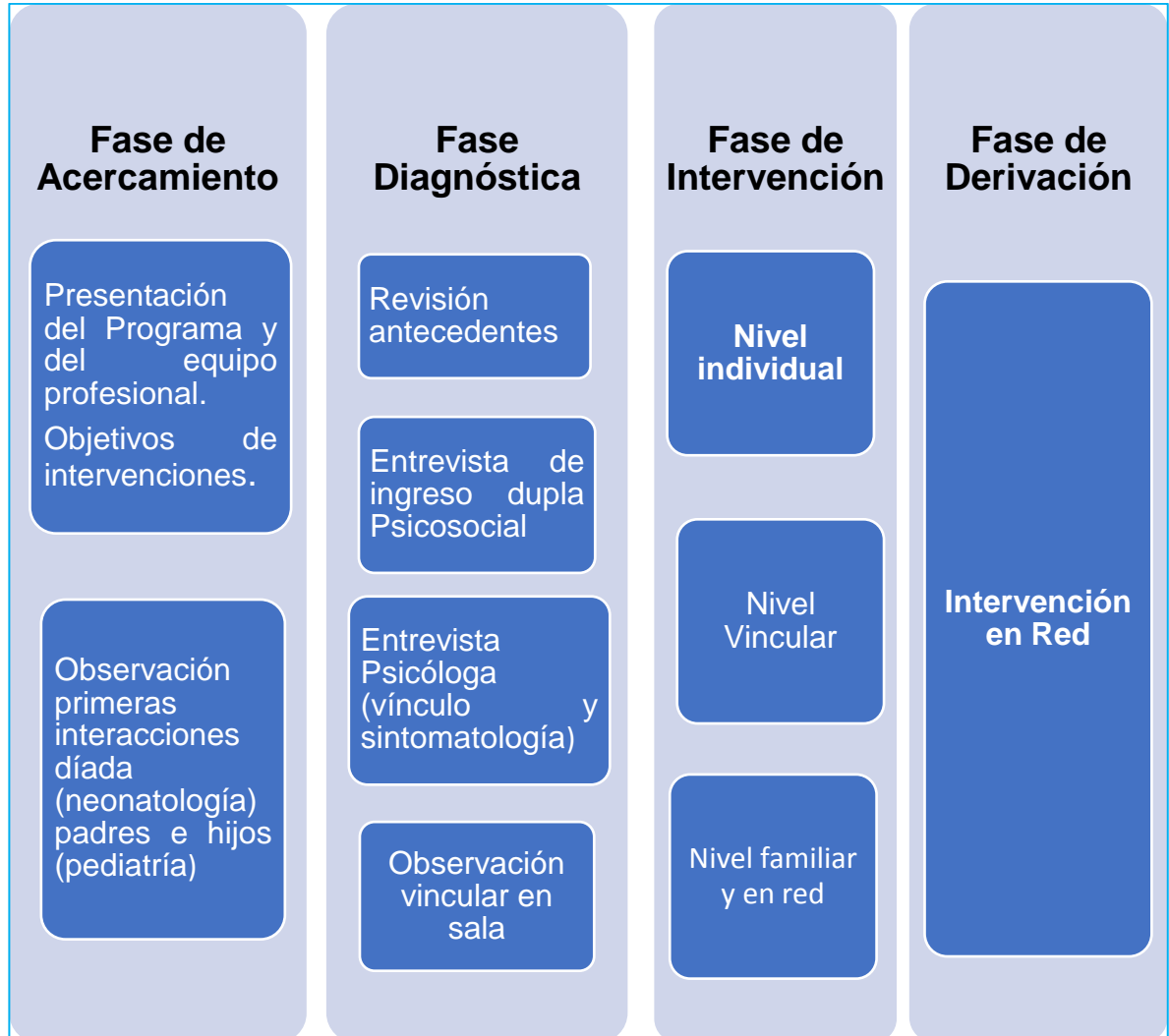
- Identificación del caso y sus padres.
- Recabar información respecto a la situación social (antecedentes familiares, económicos, vivienda).
- Orientación y articulación de redes que potencien la satisfacción de necesidades del niño y su familia.
- Entrega de información respecto a trámites judiciales (Ej: Reconocimiento de paternidad, pensión de alimentos, relación directa y regular).
- Solicitud de Medidas de Protección según factores de riesgo, en los casos que corresponda.

Educadora de Párvulos:

- Recopilación de antecedentes del niño/a
- Planes de estimulación acordes a edad, nivel de desarrollo y estado de salud de cada niño/a.
- Desarrollo de actividades de juego educativo con los niños/as según las características de su edad e interés.
- Orientación y/o educación a los padres o cuidador responsable respecto a la estimulación temprana y oportuna.
- Coordinación con consultorios y hospitales de la red.
- Confección material didáctico y/o gráfico.

2.1.3.2 Fase de Intervención del Equipo Chile Crece Contigo

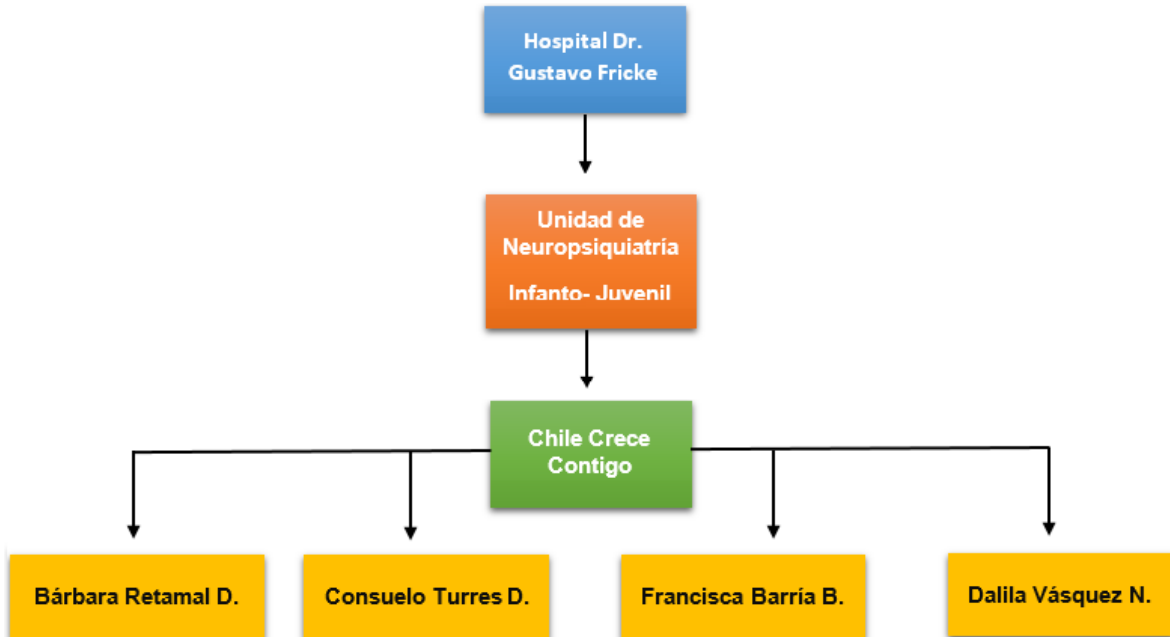
Figura N° 7: Equipo Chile Crece Contigo Intervención



(Fuente: Elaboración Propia)

2.1.4 Organigrama

❖ **Figura N°8: Organigrama Institucional Interno Chile Crece Contigo.**



(Fuente: Elaboración Propia)

2.1.5 Descripción de las Áreas de Trabajo:

Las áreas de trabajo en las cuales se inserta el equipo de Chile Crece Contigo corresponden a:

2.1.5.1 Unidad de Ginecología y Obstetricia:

El rol del trabajador social en la presente unidad es de suma importancia, debido a que la mayoría de los casos se encuentran relacionados con la judicialización de casos, en donde la trabajadora social debe realizar las entrevistas correspondientes, en conjunto con la dupla psicosocial, tanto a la madre como al grupo familiar. Además, la trabajadora social es la encargada de redactar las medias de protección y quién, posteriormente, deberá presentarse en la audiencia. Asimismo, debe coordinar los traslados con los bebés.

2.1.5.2 Unidad de Neonatología:

Predomina el rol de las psicólogas, ya que a dicha unidad se encuentran pacientes de larga estadía, lo cuales son prematuros extremos o prematuros, o que vienen con distintas patologías, por lo cual, las psicólogas trabajan junto a la familia y en caso de que se detecten factores de riesgo psicosocial, son derivados a la asistente social.

2.1.5.3 Unidad de Pediatría:

Tratan temáticas relacionadas con maltrato infantil predomina el rol de la dupla psicosocial.

2.1.5.4 Servicio Crítico Pediátrico:

se ven temáticas relacionadas con violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso sexual. Predomina el rol de la dupla psicosocial.

2.1.6 Trabajo Social en el Programa Chile Crece Contigo

Las principales funciones que le competen al trabajador social del programa Chile Crece Contigo en atención secundaria de salud, corresponde a pesquisar todos aquellos factores de riesgo en grupos familiares. El profesional atiende en las cuatro áreas de servicio de la unidad, a saber, el servicio de Neonatología, Pediatría y Ginecología Obstetricia y el Servicio Crítico Pediátrico (SCP).

La metodología de trabajo corresponde a que un doctor, doctora, médico tratante o cualquier profesional de servicio realice una interconsulta, por considerar la pesquisa de factores de riesgos. Otra modalidad es que, los casos provengan de la red de Atención Primaria en Salud, o por alguna causa judicial.

La principal labor del trabajo social consiste en evaluar psicosocialmente los casos que llegan a la unidad, y luego de realizar la evaluación, según corresponda, la respectiva derivación a la red competente, la cual puede ser Atención Primaria, la Red de Infancia la Oficina de Protección de Derechos de la Infancia y Adolescencia(OPD), Programa de Intervención Especializada (PIE), Departamento de Protección y Restitución de Derechos (RPM) o la derivación al Tribunal Competente.

Por otra parte, la principal problemática detectada en la unidad corresponde a mujeres embarazadas con consumo problemático de drogas, especialmente pasta base y cocaína, se constata un total de 5 casos por mes. Dicha situación resulta especialmente compleja pues los objetivos y lineamientos del programa están en directa relación en garantizar y promover los derechos de los niños y niñas, por lo que la trabajadora social debe persuadir a la madre para que asista a un programa de rehabilitación, ya sea a un centro o a un centro ambulatorio.

2.1.7 Nivel de Intervención

Es posible mencionar que, el nivel de intervención de trabajo social en el programa corresponde al nivel de Caso y Familia ya que, si bien el caso índice corresponde a los lactantes o menores de edad, también se interviene al grupo familiar en su totalidad, brindando apoyo, orientación y contención emocional. Además, en la Unidad de Pediatría, se llevó a cabo una capacitación denominada “Promoción de Apego Seguro”, en donde se trataron temáticas relacionadas a la importancia del apego, el origen del vínculo, la potenciación de dicho vínculo, entre otras temáticas.

En síntesis, la labor de la trabajadora social en el programa es fundamental para en relación a otorgar los usuarios una atención integral, que abarque todos los aspectos del ser humanos, tanto su nivel físico, emocional, espiritual y en su contexto inmediato, es decir, busca entregar una atención más humanizada.

2.2 MODELO PILOTO DOCTOR EDUARDO JAAR

El modelo de Acogida Temporal permite que recién nacidos que estén en condiciones de abando puedan ser cuidados en el hogar de familias de acogidas, ya que, la preocupación maternal primaria favorece la construcción de este vínculo primigenio que brinda al infante una envoltura psíquica estable y permanente. El niño es entregado a la familia de acogida para que esta se haga cargo del cuidado físico y emocional durante el tiempo que decida el juez de familia, por lo tanto, el tiempo es transitorio y el periodo es en el cual los menores, se encuentran en un mayor estado de vulnerabilidad, además se espera que se establezcan vínculos genuinos de afecto recíprocos entre el infante y el grupo familiar.



**(Imagen N°6: Psiquiatra
Eduardo Jaar)**

2.2.1 Requisitos

Los criterios de selección para las familias de acogida temporales son:

Requisito 1: Familia biparental que dispone de recursos económicos estables y suficientes.

Requisito 2: Los miembros adultos de esta familia tienen un estado de salud, física y psíquica, que no dificulta el normal cuidado del niño o niña.

Requisito 3: Cuidador principal con disponibilidad total para las visitas y cuidado del niño o niña en el recinto asistencial.

Requisito 4: Familia que aprueba la instancia de evaluación psicológica y social. En ese proceso se evaluarán las competencias parentales, la capacidad de empatía, altruismo en relación a las necesidades del infante y conciencia de que corresponde a una experiencia única. .

Requisito 5: Familia que firma el documento legal en notaría que especifica su responsabilidad con los derechos y deberes hacia el niño o niña.

Requisito 6: Familia que tiene su residencia estable en la V región.

Requisito 7: Familia que tiene hijos en edad escolar, universitaria o en una etapa de desempeño adulto con un empleo. El menor de los hijos debe tener a lo menos 4 años.

2.2.3 Justificación

En el Contexto de Chile Crece Contigo en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, se ha tomado conocimiento de situaciones de alta vulnerabilidad psicosocial en contextos hospitalarios, lo cual ha ido en aumento a lo largo de los últimos años. El 2014 se solicitaron 50 medidas de protección en Servicio de Ginecología- Obstetricia y Neonatología a causa de vulneración grave de derechos en recién nacidos. El año 2015 la cifra asciende a 73 y el año 2016 a 61 casos. A marzo del presente año, se han cursado 12 medidas de protección. De éstas, la principal causa dice relación con el consumo problemático de sustancias durante el último período de gestación y el nacimiento de niños que han presentado síntomas de privación y/o a los que se le han detectado sustancias en la orina horas antes de nacer.

Parte de las funciones del equipo psicosocial es agilizar la búsqueda de la red familiar que pueda hacerse cargo de los cuidados inmediatos del recién

nacido, con el fin de evitar la institucionalización, ya que la investigación y evidencia son categorías en señalar, el alto impacto negativo en los recién nacidos que ingresan a centros residenciales.

Generalmente es exitosa la búsqueda de la red familiar y estos bebés pueden retornar, luego de la resolución judicial, en Audiencia de Juicio, a las 10 o 15 días al hogar con familiares, mientras el tribunal evalúa sus habilidades parentales y las madres asisten a tratamiento por drogodependencia. Sin embargo, existe un porcentaje menor de bebés que no cuentan con madres que estén interesadas en cuidar de ellos ni aportan datos del grupo familiar, o abiertamente manifiestan intención de dar en adopción a los niños. En este escenario, se tornará infructuosa la búsqueda de familiares, por lo cual, se envían medidas de protección al Tribunal de Familia, sin tener otra alternativa que la institucionalización.

En este contexto se hace necesario sugerir ingreso del recién nacido a Familia de Acogida SENAME que permita velar por los cuidados necesarios y vinculación segura del niño con el grupo familiar.

En la actualidad, cuando se presentan estos casos, en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, por ser un centro de alta complejidad, los recién nacidos en esta condición con frecuencia no pueden ser hospitalizados y son transferidos a otros establecimientos de la red, complejizándose paralelamente la temática de Gestión de Camas a nivel centros y de la red de salud.

La implementación del proyecto pretende lograr que los recién nacidos en tal condición puedan ser recibidos en el hogar de la familia de acogida, previamente seleccionada, de manera expedita, al solicitar inmediatamente la medida de protección, la autorización del egreso con dicho grupo familiar en los próximos días. Esto avalado además por el altísimo riesgo para la salud física del recién nacido, a causa de las infecciones intrahospitalarias que pueden generar patologías graves en estos niños.

Fundamentación.

En el año 2014 se realizó el Consejo Nacional de la Infancia y entre sus mandatos tiene; dejar de ingresar a los menores de 8 años a residencias, comenzando con los niños menores de 3 años.

La Red SENAME comenzó a crear alternativas a la institucionalización; surgiendo los programas de Familia de Acogida, para dar respuesta a la necesidad de protección de los niños evitando la institucionalización.

La evidencia teórica que sustenta dicho mandato data de 1946, donde el Psiquiatra Spitz en su trabajo con lactantes, observó un conjunto de manifestaciones emocionales y físicas que presentaban los niños con larga estadía hospitalaria, que no tenían contacto con figuras de apego, desanimándose “Síndrome del Hospitalismo”

En 1988, Bolwby configura la primera Teoría del Apego, refiriéndose a la necesidad de contacto que se da desde el inicio de la vida de los seres humanos, entendiéndose a lo imprescindible de establecer vínculo físico y emocional temprano y prolongado que nos sostenga y nos ayude a integrar las experiencias del self y del otro. Cuando no se da el vínculo, el niño crea defensas fisiológicas contra la pérdida del contacto (Fraiberg, 1982, Erkisne y Traumann, 1996) y se observa un conjunto de manifestaciones asociadas a retrasos y trastornos físicos, déficit intelectual, alteración del comportamiento social y enfermedades mentales (Bolwby, 1989)

En la intervención temprana del recién nacido, la mentalización y la regulación afectiva son dos sistemas vitales para que el niño pueda sobrevivir y desarrollarse, estar protegido y contado con otro (Stern, 1985). Esto solo se puede dar, al tener un contacto personal e íntimo con el adulto significativo

El contexto de institucionalización, se observa que “niños adoptados desde una institución que les otorga adecuado cuidado físico pero deficiente con respecto a la interacción cuidador – niño, tiene más síntomas ansiosos, conductas antisociales y problemas para relacionarse con los pares” (Hodges y Tizard, 1989).

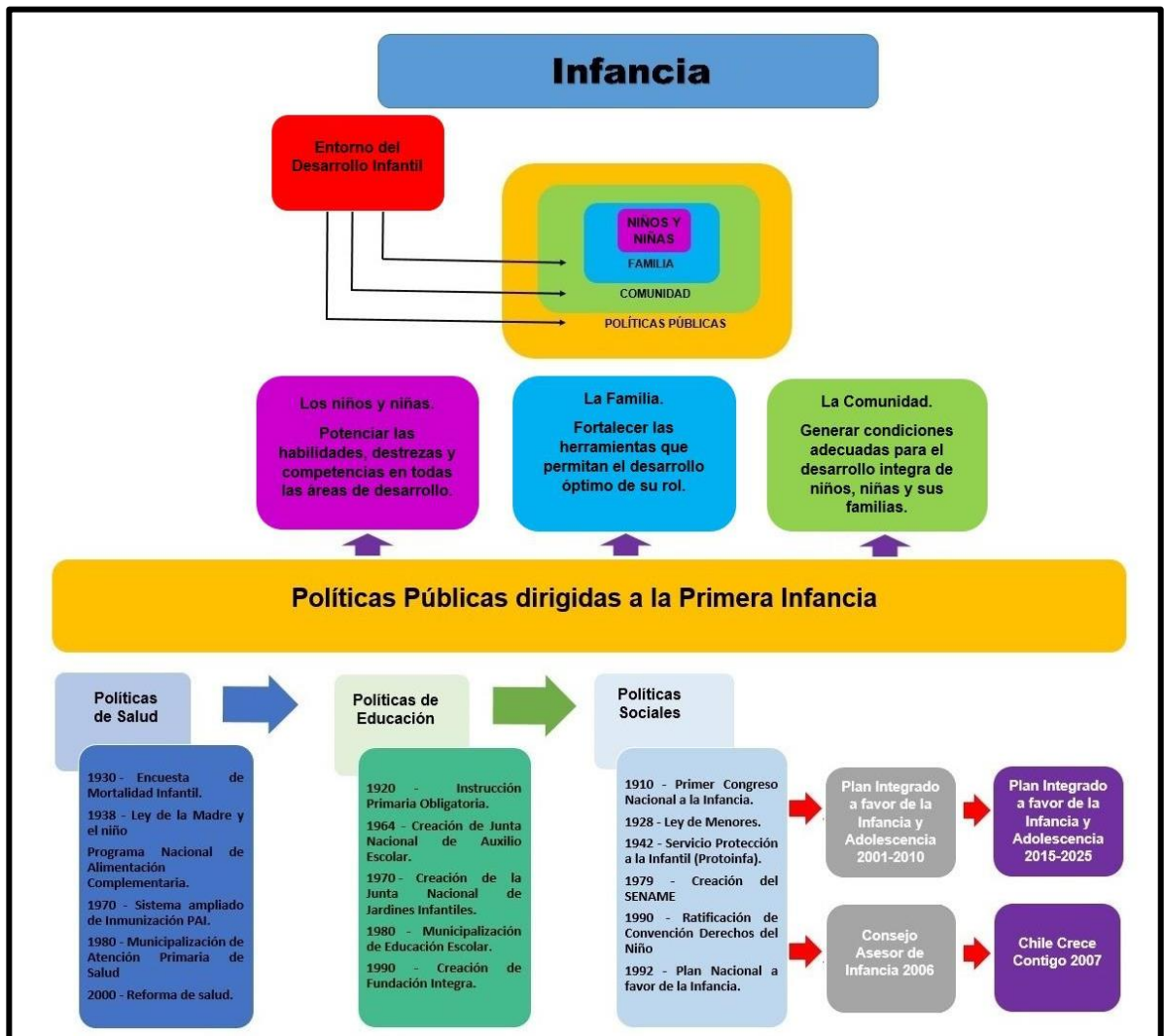
En la actualidad, evidencia científica configura las políticas públicas de infancia enmarcadas en promover apegos seguros desde la gestación (Programa Chile Crece Contigo). Uno de los autores contemporáneos, Felipe Lecalennier se refiere a la importancia de la construcción del psiquismo infantil asociado a la capacidad de inferir estados mentales, tales como deseos, intenciones, expectativas, creencias en los otros y en uno mismo, lo cual estaría a la base de las habilidades de comunicación social, comprensión de uno mismo y los otros, empatía y la regulación efectiva, entre otros” (2006)

En esta misma línea, el Dr. Jaar afirma, “Se apuesta a sumergir al grupo familiar de acogida temporal en la situación particular de desamparo e incertidumbre que se suele darse en estos casos. La posibilidad de mitigar las manifestaciones precoces de su cuadro carencial y de promover en un mejor

desarrollo de su aparato psíquico requiere que se establezcan vínculos genuinos de afecto recíproco entre el infante y el grupo familiar” (Dr. Eduardo Jaar)

3. CONTEXTO POLÍTICAS EN MATERIA DE INFANCIA

4. Figura N°9: Políticas Públicas dirigidas a la Primera Infancia.



(Fuente: Elaboración Propia)

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD

Las políticas públicas en materia de salud, entendiéndolas como el integrado de políticas que regulan los organismos nacionales en materia de salud del país, con el objetivo garantizar la cobertura universal y prestaciones de servicios que se ajusten a las necesidades de la población.

3.1.2 Principios rectores de las políticas públicas de salud

- **Marco ético:** respeto por los derechos humanos.

- **Universalidad:** se hace cargo de los problemas de salud de todas las personas, sin consideración de sus condiciones sociales, de género, económicas, culturales o multiétnicas.
- **Equidad:** en la cobertura, el acceso y la oportunidad, en la erradicación de discriminaciones y exclusiones de todo tipo.
- **Solidaridad:** mayor aporte desde las personas con más recursos a aquellos que tienen menos, desde los sanos a los enfermos, de los jóvenes a los viejos y hacia las mujeres en edad fértil.
- **Integralidad:** con perspectiva biológica, psicológica y social.

3.1.3 Avances políticas públicas nacionales de Salud.

3.1.3.1 Encuesta de Mortalidad Infantil año 1930

En primer artículo sobre mortalidad infantil publicado en la Revista Chilena de Pediatría, en el cual, el Dr. Luis Calvo Mackenna ilustra magistralmente la situación en que se encontraba nuestra población durante los años 1928-1929, señala las principales causas de muerte de los lactantes menores de un año y, además; ofrece una propuesta con las medidas de salud pública necesarias para combatir la desnutrición, incultura, falta de higiene y la sífilis, flagelos que daban explicación de las principales causas de muerte de los recién nacidos y lactantes de aquella época.

Su análisis se evidencia con el hecho de que el distrito rural de San Isidro, situado en pleno campo, habitado por gente inculta y desprovisto de todo recurso de protección a la infancia, es el que presenta el mayor índice mortalidad infantil, el cual corresponde a 226,8 por 1.000 nacidos vivos. A continuación, con una mortalidad infantil de 211,3 por 1.000 nacidos vivos, figura el distrito Hipódromo Chile, suburbano, situado en el extremo norte de la capital y que se extiende y se diluye en los campos que limitan aquella parte de la ciudad. Aunque conservando siempre una alta mortalidad, son los distritos urbanos de Santa Ana, ubicado en el centro de la ciudad, y de San Bernardo, pequeño pueblo próximo a la capital, cuyas condiciones higiénicas, económicas y de cultura, con recursos de asistencia de mayor extensión y eficacia, son aquellos distritos urbanos los que presentan resultados menos desfavorables ya que la mortalidad infantil es en ellos, respectivamente, de 182,4 y 181,2 por 1.000 nacidos vivos.

Entre las medidas propuestas por Calvo Mackenna destacan aspectos tan visionarios y aún vigentes como la asistencia obstétrica prenatal y atención profesional del parto; la incorporación de estrategias de educación para la prevención y promoción de la salud, de higiene y lactancia materna, además de la modificación de las leyes sociales para la protección de la madre en la última etapa del embarazo y durante el período de lactancia.

3.1.3.2 Ley Madre - Hijo año 1938

La Ley N° 6.236 conocida como “Ley Madre-Hijo” publicada el 10 de septiembre de 1938 modificó la Ley N° 4.054 en relación al aporte fiscal a la Caja de Seguro Obrero Obligatorio con el objetivo de destinar dicha suma de dinero "a la atención de los servicios de la madre y del niño, creada con el objeto de propender a la disminución de la mortalidad infantil y a prevenir las causas de enfermedades y de invalidez prematura de los asegurados.

Según encuestas e investigaciones, se deducen las siguientes deficiencias características de nuestra alimentación: **1)** Subalimentación de una parte importante de la población infantil, con todas sus consecuencias en el desarrollo corporal; **2)** Insuficiencia de la producción en el país, de los alimentos que la Comisión de Higiene de la Liga de las Naciones llama alimentos protectores (leche, derivados, carne, huevos, verduras y frutas), que contienen sustancias que estimulan el crecimiento, la inmunidad y la vitalidad general; **3)** Deficiencia de fósforo y calcio en los alimentos producidos en algunas regiones del país, en especial del fósforo; **4)** Falta de carne y alimentos proteicos a disposición de una parte importante de la población, y **5)** Poca variabilidad del régimen alimenticio habitual".

La mala alimentación era aún más grave en el campo, en que vivía cerca del 50% de la población del país y, toda ella, directa o indirectamente, vivía de la agricultura. Una proporción importante de esta población, especialmente la infantil, se encontraba en muy malas condiciones de alimentación, hasta el punto de ser el principal rango etario afectado por tuberculosis y afecciones que se desarrollan en los terrenos desamparados por las defensas orgánicas. Se imponen, pues, con urgencia, medidas que aseguren a esa población el mínimo necesario, no para un simple sustento vegetativo y un desarrollo precario de los niños, sino para uno compatible con los más modestos cánones de estructuración corporal".

El Ministro de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, Cruz-Coke, esperaba que los agricultores colaboraran voluntariamente a mejorar la alimentación de los niños, y propuso que cada hijo de inquilino pudiese contar con medio litro

de leche diario hasta los 8 años, y medio kilo de carne o leguminosas semanales hasta los 15 años y cada madre en estado de lactancia, un litro de leche al día. Esta propuesta no tuvo resultados porque su invitación no fue escuchada y solo se aplicó en los fundos pertenecientes de la Caja de Seguro Obligatorio.

El principal alimento para combatir la mortalidad infantil y proteger a la madre era la leche, pues su ausencia tenía múltiples consecuencias negativas en el organismo: "Toda medicina y profilaxis destinada a disminuir la mortalidad infantil es vana si el niño y la madre que cría no dispone de la leche suficiente, y toda educación moral de la infancia se hace imposible si por ausencia de leche se adelanta la pubertad y, con ella, diferenciaciones precoces, que producen desequilibrio de lo orgánico con lo psicológico, por la falta de coordinación de sus deseos con sus capacidades".

Si bien, la iniciativa propuesta por el Ministro, abarcaba el total de la población del país, ésta sólo se aplicó en los fundos pertenecientes a la Caja de Seguro Obligatorio, es decir, todos aquellos trabajadores con contrato de trabajo, por ende, excluía a todos los trabajadores independientes, quienes comprendían gran parte de la población Chilena de la época. Por lo tanto, la propuesta sentó las bases para que años más tarde se concretará y desarrollara un programa Nacional de Alimentación Complementaria, que abarcara y respondiera las necesidades de la población.

3.1.3.3 Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) año 1954

En Chile, los programas de alimentación complementaria se han desarrollado de forma permanente por más de 50 años, adaptándose a los cambios epidemiológicos de la población y a los nuevos conocimientos en alimentación y nutrición.

Si bien la entrega gratuita de alimentos en nuestro país se remonta a principios del siglo pasado, es con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952 que se consolidó el desarrollo de los programas alimentario-nutricionales los que paulatinamente fueron incrementándose hasta alcanzar una cobertura nacional en la década del 70. Asimismo, se fortalecieron los dos programas básicos para la atención de la madre y el niño; el de Salud Materna y Perinatal y el de Salud del Niño y el Adolescente.

El bajo peso al nacer, que es un indicador indirecto del estado nutricional materno y predictor de la morbilidad infantil, ha mostrado igualmente tendencia a la disminución de 12% en 1975 a 5% en la actualidad.

En 1978 se crea el PNAC focalizado, con 2 categorías de asistencia: materno-infantil en desarrollo normal y madres y niños/as con riesgo de desnutrir y desnutridos. A esta segunda categoría se les entregó mayor cantidad de alimentos (leche y mezclas proteicas), además de arroz para el consumo familiar y de las madres enflaquecidas.

Los productos que conforman el PNAC, se describen a continuación:

- **Leche Purita fortificada:** Leche entera en polvo. Se distribuye a lactantes con condición de lactancia materna predominante y/o fórmula predominante hasta cumplir el 6° mes de vida y todos los lactantes desde los 6 meses hasta los 18 meses de vida, a través del PNAC Básico y el PNAC de Refuerzo según corresponda a su estado nutricional.
- **Purita Cereal:** Alimento en polvo, instantáneo para preparar una fórmula infantil con base en leche semidescremada y cereales hidrolizados, alta en calcio y fortificada con hierro, cobre, zinc, ácido ascórbico, vitaminas A, E Y complejo B. Es distribuida a niños y niñas desde los 18 meses hasta los 6 años de edad.
- **Purita Mamá:** Es un producto en polvo, instantáneo para preparar una bebida láctea semidescremada, con base en leche y cereales, fortificada con micronutrientes y adicionada con omega 3 de cadena larga, DHA Preformado y EPA (Ácido Eicosapentaenoico), baja en grasa total y sodio. Es distribuida a mujeres embarazadas y madres que amamantan hasta el 6° mes post parto, a través del PNAC básico y de refuerzo.
- **Mi Sopita:** Es un producto en polvo para preparar una sopa crema infantil en base a leguminosas y cereales constituido de cuatro variedades; ave, vacuno, legumbres y verduras. Su densidad calórica es de 400Kcal/100g Y preparado de 1Kcal/cc, contenido proteico de 12% fibra 4g/100g, fortificado con Vitamina A, D, E, C y complejo B, calcio, hierro, magnesio, zinc.

3.1.3.4 Programa Ampliado de Inmunización año 1970

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): acción conjunta de las naciones del mundo, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), buscaba controlar, eliminar y erradicar enfermedades prevenibles por vacunas.

En la XXV reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en septiembre de 1977, se establecieron los siguientes objetivos centrales:

- Reducir la morbilidad y la mortalidad por las enfermedades prevenibles comunes de la niñez.
- Crear o ampliar los programas de vacunación permanente en el sistema de atención primaria de salud.

En Chile, tras la implementación del PAI en 1978, se destaca como una de las experiencias más exitosas en salud pública por su contribución para reducir la mortalidad infantil causada por enfermedades prevenibles por vacunas. A partir de su lanzamiento los países han logrado interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje (1991), la circulación autóctona de virus sarampión (noviembre 2002), y avanzan en la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, específicamente en nuestro país, entre sus logros más destacados se encuentran la erradicación de la Viruela (1950), de la Poliomieltis (1975) y eliminación del Sarampión (1992).

3.1.3.4.1 Enfermedades objeto del PAI

Poliomieltis • Sarampión • Tétanos • Difteria • Tos ferina (pertussis) • Tuberculosis • Rubéola y rubéola congénita • Fiebre amarilla • Haemophilus influenzae b • Hepatitis B.

3.1.3.5 Municipalización de la Atención Primaria de Salud año 1980

En 1980 una serie de decretos con fuerza de ley concretan el proceso de municipalización del sector primario y crean los Consultorios de Atención Primaria, dependientes de las municipalidades. Además, se reforma el sistema previsional de pensiones y salud. Comienza la cotización obligatoria del 4% de las remuneraciones para salud.

Dicha reforma, establece que los servicios dependerán del Ministerio de Salud, para los efectos de someterse a la supervigilancia de esta Secretaría de Estado, y de cumplir las políticas, normas y planes generales que ella aprueba. En ese carácter, integrarán el Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Los Servicios constituirán organismos estatales funcionalmente descentralizados, si bien estarán dotados de personalidad jurídica y de patrimonio propio para la realización de las referidas acciones de salud, sus sedes y territorios serán establecidos por decreto supremo.

Los Servicios serán los continuadores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, dentro de sus respectivos territorios y con los mismos derechos y obligaciones que correspondían a esas instituciones. Cada Servicio ejercerá en el territorio correspondiente las funciones que la ley N° 10.383 y el decreto con fuerza de ley N° 286, de 1960, y demás normas legales y reglamentarias asignaban al Servicio Nacional de Salud y al Servicio Médico Nacional de Empleados, respectivamente, con excepción de las que el decreto ley N° 2763, de 1979, radicó en el Ministerio de Salud, en el Fondo Nacional de Salud, en el Instituto de Salud Pública de Chile y en la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

3.1.3.6 Reforma de Salud 2000

La Reforma de 2000 se centró en objetivos sanitarios, más que en temas de gestión. Para su elaboración se consideró un documento del Ministerio de Salud que formulaba metas para el bicentenario de 2010 y que dejó los temas de estructura y de gestión sanitaria sujetos a las necesidades que surgían para alcanzar dichas metas (Ministerio de Salud, 2002). En función de estos objetivos, las principales metas de la reforma fueron mejorar la equidad del sistema, reduciendo la brecha en los niveles de salud entre grupos socioeconómicos; ajustar las prioridades sanitarias al cambio epidemiológico de la población hacia enfermedades crónicas; responder a las necesidades expresadas por la población; y, finalmente, mejorar los indicadores sanitarios. El diseño de la reforma recogió, sintetizó y adaptó las discusiones ocurridas en el campo de salud en las últimas dos décadas.

En el diseño se utilizaron instrumentos técnicos para definir problemas prioritarios de salud (como estudios de carga de enfermedad) (Murray, 1995; Concha, Aguilera y Cols., 1996), se incorporaron metodologías novedosas para evaluar el grado de equidad en salud del sistema y el impacto sobre la equidad de las reformas propuestas (Acheson, 1998) y se consideró el estudio de preferencias sociales sobre salud de la población, que fue ensayado en el estado de Oregón, Estados Unidos, y desarrollado en Chile por Fonasa (Ferreccio, 1996). Además, la reforma consolidó la separación de funciones entre formulación de políticas, atención de salud y financiamiento (que era la agenda del Banco Mundial desde la década de 1980). Asimismo, se adoptó un plan de garantías asistenciales obligatorias, esbozado inicialmente en una propuesta de Fonasa de 1997 (Plan Garantizado Básico de Salud) (Larrañaga, 1996). Estas innovaciones fueron formalizadas a partir de la mencionada discusión parlamentaria, en distintas leyes.

Las principales leyes fueron:

A. Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión: separación de funciones, modelo de atención en redes asistenciales y regulación. Durante el proceso de reforma se reconoció la debilidad del Ministerio de Salud como ente rector de las políticas sanitarias. Con el objetivo de restarle importancia a la coyuntura asistencial dentro de las funciones ministeriales y privilegiar la formulación de políticas públicas preventivas con impacto poblacional, se propuso crear la Ley de Autoridad Sanitaria que estableció la separación de las diferentes funciones asignadas. Para ello, se crearon dos organismos. Por un lado, la Subsecretaría de Salud Pública con responsabilidad sobre la formulación de políticas, regulación y fiscalización de las mismas y, por otro, una Subsecretaría de Redes Asistenciales encargada de regular y coordinar el correcto funcionamiento de las redes asistenciales sanitarias públicas, concepto incorporado con la reforma.

Adicionalmente, se impulsó un fortalecimiento de la atención primaria y se estableció la autogestión de un conjunto de hospitales, con un nivel relativamente alto de autonomía en la administración de los recursos, pero que debían responder a los objetivos sanitarios definidos por la red asistencial del Servicio de Salud al que pertenecieran. La reforma también consolidó la separación del área financiera del Ministerio que se había logrado en 1997 con la reforma a la Ley de Fonasa, que le otorgó atribuciones de seguro público de salud. Para resguardar que tanto el seguro público como los privados cumplieran los contratos con sus afiliados se creó la Superintendencia de Salud, sobre la base de la antigua Superintendencia de Isapres pero con funciones adicionales. Su misión era fiscalizar la calidad de la red de prestadores públicos y privados en establecimientos acreditados y con médicos debidamente certificados en sus especialidades.

B. Ley AUGE: búsqueda de equidad a través de garantías obligatorias exigibles para un conjunto priorizado de problemas de salud. Aunque la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión fue fundamental desde el punto de vista institucional y organizativo, la llamada Ley AUGE constituye el núcleo de la reforma. Esta ley seleccionó un subconjunto de problemas sanitarios, los más importantes en términos de carga epidemiológica y/o en términos de percepción ciudadana, y les otorgó garantías de oportunidad (tiempos de espera máximo), calidad (en términos de acreditación de establecimientos y certificación de médicos) y protección financiera (desembolso anual máximo por familia con estos problemas de salud). Estas garantías son universales, es decir se encuentran disponibles tanto para los beneficiarios del seguro público

como del privado, de allí el nombre de AUGE: Acceso Universal con Garantías Explícitas. Un punto importante es que no eliminó de la cobertura de los seguros las patologías no garantizadas. En este sentido, tanto Fonasa como las Isapres, deben seguir cumpliendo los contratos de aseguramiento originales para las patologías sin garantías.

El concepto de “universalidad” de estas garantías también es un punto destacable ya que beneficia tanto a los afiliados del seguro privado como del público. Para los primeros elimina la incertidumbre económica/financiera por razones de salud al establecer topes máximos de desembolso por familia al año en este conjunto de problemas. Los segundos pueden acceder efectivamente a atenciones especializadas y complejas, con tecnologías que antes estaban difícilmente disponibles para ellos en plazos garantizados, con lo que termina la selección a través de listas de espera.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCACIÓN

La política educacional corresponde al conjunto de leyes, decretos, normativas que de manera oportuna y eficaz respondan a las necesidades y prioridades en materia de educación, con el objetivo garantizar la cobertura universal y prestaciones de servicios que se ajusten a las necesidades de la población.

3.2.1 Instrucción Primaria Obligatoria año 1920

Ley N° 3,654 La Educación Primaria es Obligatoria.

En 1920 el Parlamento aprobó finalmente la Ley de Instrucción Primaria Obligatoria, que aseguraba la gratuidad de la educación primaria fiscal para toda la población e introducía la obligatoriedad de la misma. Ésta estableció que el Estado garantizaría a cada niño y niña el acceso gratuito a los centros educacionales y velaría por que se cumpliera esta normativa.

“La obligación que incumbe a los padres y guardadores de proporcionar la educación primaria a sus hijos y pupilos se cumplirá con arreglo a las disposiciones de la presente ley”, para ello se definió que padres y apoderados tenían la obligación de que sus hijos y pupilos "frecuenten durante cuatro años a lo menos y antes que cumplan trece años de edad, un establecimiento de educación primaria fiscal, municipal o particular" (Ley N° 3654, 1920: 3- 4)

Además, la normativa indicaba que "los menores que hubieran cumplido trece años sin haber adquirido los conocimientos de los dos primeros años de la educación primaria deberán seguir asistiendo a una escuela hasta ser aprobados en las pruebas reglamentarias anuales, o hasta cumplir los quince años de edad. Si obtienen una ocupación de carácter permanente, continuarán sometidos a esta obligación hasta los dieciséis años de edad, debiendo satisfacerla en alguna escuela suplementaria o complementaria" (Ley N° 3654, 1920: 4).

3.2.2 Creación de Junta Nacional de Auxilio Escolar año 1964

En 1964, Chile tenía una población de 8 millones de habitantes y 1 millón de ellos eran analfabetos, en ese contexto la Ley 15.720 dio vida a la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, JUNAEB, con la misión de cambiar la realidad existente y asegurar la permanencia en el sistema escolar de miles de niños, niñas y jóvenes más vulnerables del país.

Desde esa fecha la institución ha consolidado una Red Nacional de Apoyo al Estudiante, cuyo objetivo es brindar igualdad de oportunidades a los estudiantes que más lo necesitan, a través de una amplia gama de programas de apoyo, productos y becas, a través de las siguientes funciones:

- Ser los principales responsables de la aplicación de medidas coordinadas

de asistencia social y económica a los escolares, conducentes a hacer efectiva la igualdad de oportunidades ante la educación.

- Ser los principales responsables en la programación de la aplicación de los siguientes beneficios a los alumnos de los establecimientos de enseñanza pública y particular gratuita, de niveles pre-primario, primario, medio y superior: **a)** De alimentación; **b)** De vestuario; **c)** De útiles escolares; **d)** De transporte; **e)** De becas; **f)** De préstamos a los estudiantes universitarios; **g)** De internados y hogares estudiantiles; **h)** De preservación y recuperación de la salud en colonias climáticas y de vacaciones, e **i)** De cualquiera otra medida asistencial.

3.1.2.3 Creación de la Junta Nacional de Jardines Infantiles año 1970

La Junta Nacional de Jardines Infantiles se crea bajo la Ley 17.301. Corresponde a una corporación autónoma con personalidad jurídica de derecho público. Dentro de sus facultades corresponde crear y planificar, coordinar, promover y estimular la organización y funcionamiento de sus jardines infantiles.

Por otra parte, es importante destacar la misión a la cual se adscribe la JUNJI; la que corresponde a otorgar educación parvularia pública, gratuita y de calidad, y bienestar integral a niños y niñas menores de cuatro años, priorizando a aquellas familias que requieren mayor aportes del Estado teniendo la universalidad, mediante diversos programas educativos con un enfoque territorial, desde una visión inclusiva de niños y niñas con enfoque de derechos; los cuales poseen potencialidades educativas de sus contextos familiares, sociales y culturales incorporándolos para dar mayor enriquecimiento a sus aprendizajes.

Asimismo, la JUNJI posee cinco ejes de la gestión que permiten cumplir consecuentemente con la misión ya descrita. Estos son:

1. Calidad en educación: Desarrollar procesos educativos de calidad que favorezcan en los párvulos el logro de “aprendizajes significativos.
2. Bienestar Integral: Promover ambientes bien tratantes que favorezcan el ejercicio de los derechos de niños y niñas.
3. Gestión Integrada: Desarrollar una gestión técnica y administrativa integrada (a nivel nacional, regional y territorial) que pone en el centro las necesidades y demandas de los programas y jardines infantiles.
4. Aumento de Cobertura: Avanzar en el acceso universal hacia una educación inicial de calidad para todos los niños y niñas.
5. Liderazgo Técnico y Pedagógico: Potenciar el liderazgo educativo de los equipos directivos y pedagógicos.

3.1.2.4 Creación Fundación Integra año 1990

En 1990. Se crea Fundación Integra con el apoyo de UNICEF, Fundación Integra debe garantizar, a través de salas cuna, jardines infantiles y otras modalidades, el derecho de los niños y niñas a una Educación Parvularia Gratuita y de Calidad que les permita desarrollarse plenamente y ser felices, reconociéndolos como personas únicas, ciudadanos y ciudadanas capaces de conocer y transformar el mundo, principalmente a través del juego.

Esta educación se basa en una convivencia bien tratante en la que se respetan y promueven los derechos de los niños, niñas y adultos, y se conforman comunidades educativas inclusivas que participan activa y permanentemente en su proyecto educativo institucional.

Esta Educación Parvularia de calidad tiene como centro el bienestar, el aprendizaje oportuno y pertinente y el protagonismo de los niños y niñas, fortaleciendo los aprendizajes, talentos y habilidades que les permitirán enfrentar el diario vivir, aportando a la construcción de una sociedad inclusiva, solidaria, justa y democrática.

3.1.2.4.1 Los programas educativos con los que cuenta Fundación Integra son:

1. Extensión Horaria: Programa que amplía las posibilidades de cuidado, bienestar y entretención de los niños y niñas, extendiendo el horario de atención del establecimiento. Tiene como propósito ofrecer a los niños y niñas un servicio de atención integral después de las 16:30 horas, centrado en el cuidado, protección y bienestar; con un definido acento en el juego y en la respuesta sensible y oportuna a las necesidades, intereses y características de los niños y niñas; constituyéndose así, en una propuesta diferente a la que se implementa en el horario habitual.

2. Vacaciones en mi Jardín: Este programa tiene por objetivo ofrecer a los niños y niñas un espacio recreativo-vacacional, en un marco de seguridad y bienestar, durante el tiempo que el establecimiento interrumpe su atención. Está dirigido a niños y niñas de tres meses a cinco años, en situación de vulnerabilidad social, preferentemente hijos e hijas de madres que trabajan. El horario de funcionamiento es de lunes a viernes de 8:30 a 19:30 y/o 20:00 horas y opera con dos niveles.

Además, Fundación Integra implementa modalidades complementarias que consisten en:

1. Jardín sobre Ruedas: El Jardín Sobre Ruedas es una modalidad educativa de Fundación Integra que brinda educación inicial a niños y niñas de zonas rurales que no tienen acceso a establecimientos convencionales, clásicos o tradicionales, presente en 12 regiones del país. El Jardín sobre ruedas es una modalidad educativa itinerante que se implementa a través de móviles educativos itinerantes. Cada móvil está acondicionado y equipado con material educativo y visita una vez por semana durante cuatro horas cada localidad. Una educadora y un animador-conductor conforman el equipo que visita cada localidad un día a la semana, durante 4 horas, para reunirse con los niños y niñas, y sus familias.

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIALES

La Política Social es una rama de la Política que se ocupa de detectar los problemas sociales que derivan en pobreza y marginación (falta de trabajo, vivienda digna, educación, alimentos) para buscar los recursos y medios técnicos que les den solución, pues su objetivo es el bienestar general de la población.

3.3.1 Primer Congreso Nacional a la Infancia año 1910

Durante las primeras décadas del siglo xx en América Latina, la incipiente preocupación respecto a temáticas relacionadas con la infancia tuvo un fuerte incremento inmerso en los debates de cómo se deberían desarrollar las naciones, y por supuesto sus pueblos, en el rumbo de la modernidad, del progreso y del perfeccionamiento de la civilización. Eso porque sobre la infancia recaía la expectativa de ser el material humano sobre el cual se podrían establecer las bases para la construcción de esas sociedades nacionales idealizadas, y porque se tenía la idea de que en las edades pequeñas el ser humano estaba apto para ser moldeado, por lo tanto, el principal motivo de los países latinoamericanos comenzaran a presentar un principal interés por la infancia, recaía en la idea de que el niño y la infancia deberían recibir todas las atenciones en función que serían el futuro de las naciones.

De acuerdo con lo anterior, es que el primer congreso Nacional a la Infancia intentó congregar estudios e ideas con respecto a la vida infantil, y proponiendo a los estados y a las sociedades acciones dirigidas a la infancia. Además, se proyectó la creación del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia como un intento de institucionalizar y hacer más eficaz el movimiento de profesionales y de políticas gubernamentales de las Américas en los diversos campos del conocimiento relacionados con la problematización de la vida infantil, en el sentido de estimular el intercambio de experiencias y proyectos.

Por otra parte, el congreso consideraba el creciente número de actores involucrados en la problematización de la vida infantil en los diferentes países de la región. Estos actores elevaron a la infancia a un papel estratégico y estaban relacionados con el área médica (pediatría, puericultura, higiene, saneamiento, obstetricia), el campo de la educación (pedagogía, enseñanza), el área asistencial (trabajo social, caridad, filantropía), el campo jurídico (derecho), el campo de la salud (psicología, educación física) y la esfera pública (publicistas, políticos, escritores, burócratas y dirigentes de instituciones estatales).

3.3.2 Ley de Protección a la Infancia Desvalida año 1912 y Ley de Menores año 1928.

La Ley de Protección a la Infancia Desvalida se constituye como la primera ley que trata de resolver materias de abandono paterno, abuso de menores y otras formas de explotación, la cual marcó un precedente en la política social dirigidas a los niños y niñas en situación de riesgo social.

Todos los niños y niñas que eran abandonados llegaban a casas correccionales. Estas instituciones correspondían a centros de reclusión que acogían a niños que cometían algún delito o eran llevados por sus propios padres, bajo el marco que les otorgaba el Código Civil de 1855.

Así mismo, la Ley de Menores de 1928 pretendió ser más efectiva, ya que creó un mecanismo de protección que involucraba tanto a los niños que cometían delitos, como todos aquellos niños que se encontraban en riesgo social, calificación la cual, la otorgaba el Estado por medio de sus organismos técnicos, encabezados por la Dirección General de Protección de menores. Además, la ley también creó los Tribunales de Menores.

3.3.3 Ratificación Convención Internacional de los Derechos del Niño año 1990

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN), corresponde a un tratado Internacional, emanado por las Naciones Unidas, en la Asamblea General celebrada el 20 de noviembre de 1989, reconociendo que las personas menores de 18 años necesitan de una atención y protección especial.

La convención marcó un referente importante a nivel conceptual en materia de infancia, ya que a partir y gracias a este tratado, los niños y niñas ya no eran considerados propiedad de sus padres ni como objetos de las políticas sociales, sino que se convertían en sujetos de derecho, es decir, son considerados como seres humanos titulares de sus propios derechos. Asimismo, la convención establece un conjunto de derechos, de los cuales, todos aquellos países que aceptan someterse a las estipulaciones de la convención deben asegurar, es decir deben garantizar que todos los niños y niñas se beneficien de una serie de medidas de protección y asistencia; que tengan acceso a servicios como la educación y la atención de la salud: que puedan desarrollar plenamente su personalidad, habilidades y talentos; que crezcan y se desarrollen en un ambiente de felicidad, amor y comprensión y

reciban información sobre cómo pueden ejercer sus derechos y participar de una manera activa.

El 14 de agosto de 1990, Chile ratificó el convenio Internacional, rigiéndose por cuatro principios fundamentales

1. No discriminación
2. El interés superior del niño,
3. Su supervivencia, su desarrollo y protección
4. Su participación en decisiones que le afectan

Es así como Chile adquiere el compromiso de adoptar todas las medidas administrativas, legislativas y de cualquier otra índole que sea necesario para cumplir con las estipulaciones de la Convención. Es por ello que, Chile ha coordinado un sistema de dispositivos legales, institucionales, políticos y sociales orientados a garantizar los derechos de los niños y niñas en el cumplimiento efectivo de sus derechos, por su óptimo desarrollo de manera progresiva y permanente. De acuerdo a lo anterior, es que el 21 de septiembre de 2015 el Gobierno presentó un proyecto de ley que crea el Sistema de Garantías de Derechos de la Niñez, el cual tiene como objetivo principal, sentar las bases y principios fundantes del sistema que permita garantizar el efectivo ejercicio de los derechos de los niños y niñas que se encuentren en el territorio nacional.

3.3.4 Plan Nacional a favor de la Infancia año 1992.

En 1992, el presidente Patricio Aylwin encomendó a la Secretaria del comité económico-social de ministros, la elaboración de un plan coherentes con las estipulaciones ratificadas en la Convención de los derechos del niño, en la cumbre Nacional a Favor de la Infancia. Los contenidos y preceptos de la CDN constituyen un nuevo marco ético y jurídico que orienta las relaciones entre el Estado, las políticas públicas y el niño y su familia, transitando desde la consideración de las necesidades y carencias de los niños a una doctrina de protección integral que considera al niño como sujeto pleno de derecho.

Por consiguiente, a partir de agosto de 1990 se inicia el trabajo de operacionalizar los acuerdos suscritos a través del diseño e implementación del Plan Nacional de la Infancia y sus instrumentos descentralizados (Planes Regionales de Infancia y Adolescencia), correspondiéndole el monitoreo, seguimiento y evaluación de los resultados al Ministerio de Planificación y Cooperación.

Bajo este contexto, el Gobierno elaboró el Plan Nacional de la Infancia denominado “Metas y líneas de acción a favor de la Infancia: compromiso con los niños de Chile”, en el que se formulan objetivos básicos y se definieron

metas hasta el año 2000 en las distintas áreas relacionadas con el bienestar de los niños, niñas y adolescentes, que se corresponden con las áreas identificadas en el Plan de Acción Mundial, las que son las siguientes:

1. Desarrollo infantil y educación inicial
2. Educación básica
3. Salud materno infantil
4. Nutrición
5. Problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y drogas
6. Maltrato, abandono y abuso sexual de niños y adolescentes
7. Los menores con discapacidad
8. Menores en conflicto con la justicia
9. Agua y saneamiento básico
10. Los problemas ambientales y su relación con la infancia y la salud

3.4 POLÍTICA NACIONAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA 2015-2025.

3.4.1 Enfoque Política de Niñez y Adolescencia.

El principal motor de la política nacional de niñez y adolescencia corresponde al enfoque de derecho, la cual surge de la Convención de los Derechos del niño, siendo los Derechos Humanos lo que permite unificar y consolidar dicha política.

Debido a lo anterior, es necesario incorporar otros enfoques que se encuentran estrechamente relacionados al enfoque de derecho, los cuales corresponden a: Desarrollo Humano, Curso de Vida, Enfoque Intercultural y de Género, los cuales se presentan a continuación.

3.4.2 Enfoque de Derecho.

En 1990 Chile ratificó la Convención de los Derechos del Niño, lo que significó un precedente importante en el cambio de paradigma de la condición de los niños y niñas; son considerados ya no como objetos de derechos, sino como sujetos integrales de derecho. Por lo tanto, es posible establecer que el Enfoque de Derecho se caracteriza por:

- a. Todos los niños, niñas y adolescente son sujetos plenos de derechos, es decir, considera a los menores de 18 años, competentes en la vida familiar y en el ámbito social, por consiguiente, su derecho a participar, a ser escuchado, e incidir en la construcción de la sociedad, acorde a la evaluación de sus facultades, edad y madurez, deben ser respetados y protegidos.
- b. Reconoce que todos los niños, niñas y adolescentes tienen el mismo derecho a desarrollarse, a potenciar sus facultades y habilidades y a contribuir al desarrollo de la sociedad toda.
- c. Todos los niños, niñas y adolescentes son sujetos integrales, es decir, como personas demandan acciones que por parte del Estado y organizaciones de la sociedad civil a planificar y ejecutar políticas y programas concordantes a las demandas y necesidades de todos los niños, niñas y adolescentes.

Cabe destacar que, la Convención señala que es deber del Estado el respetar, promover y garantizar los derechos y el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes y además es el encargado de sancionar cualquier situación de vulneración a dichos derechos. Por lo tanto, el enfoque de derechos se sustenta en los instrumentos internacionales de los Derechos Humanos, orientados a la promoción y protección de estos derechos. Por

consiguiente, los países que ratifican la convención deben ajustar su ordenamiento jurídico para que este sea compatible con la convención. Sin embargo, se constituye como principal preocupación la efectiva materialización y ejecución de los derechos que se promueven.

Es así como el Enfoque basado en los Derechos, las políticas públicas y programas dirigidos a los niños, niñas y adolescentes se constituyen como factores fundamentales y que sientan las bases para el cumplimiento efectivo de los Derechos Humanos y el ejercicio de estos.

3.4.3 Enfoque de Desarrollo Humano

El Enfoque de Desarrollo plantea evaluar las instituciones, las políticas públicas o cambio social, en función a las capacidades, es decir, las libertades para alcanzar el estado de ser y el hacer que las personas valoran, y la agencia humana como la capacidad que tienen las personas para conseguir fines que consideran valiosos. En concordancia con lo anterior, es posible señalar que la Convención se constituye como un consenso internacional sobre cuáles son esas capacidades valiosas y, por ende, establece un mínimo que garantiza los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Por otra parte, este enfoque demuestra que, dependiendo de las características personales, ambientales, sociales y culturales e instituciones, los individuos requieren determinados recursos para lograr alcanzar la igualdad de libertades en relación a la oportunidad para alcanzar dichas libertades.

Además, este enfoque se complementa con el Enfoque de Derecho para no violar libertades de proceso que son fundamentales para un entendimiento cabal de justicia.

Por otra parte, es importante destacar que las capacidades de las personas se encuentran determinadas por el contexto en el cual se desenvuelve el individuo, por la cultura, por las estructuras, las cuales influyen en el ejercicio de las capacidades. Además, las libertades que disfrutan los adultos se encuentran condicionada por su experiencia durante la niñez y la adolescencia.

3.4.4 Enfoque de Curso de Vida

Este enfoque considera todo el transcurso de vida de los niños y niñas, desde el momento de su gestación hasta los 18 años, contando con una serie de garantías y prestaciones flexibles, pertinentes y oportunas que permitan el desarrollo. Además, se considera al rol de la familia como un agente principal

en la crianza y en la generación de espacios apropiados para el efectivo e integral desarrollo de los niños y niñas. Por ende, existe una interpelación de que el Estado debe desarrollar acciones que apoyen a la familia.

Por otra parte, durante la primera infancia se ha evidenciado que existen oportunidades de desarrollo que no se repiten en etapas posteriores del ciclo vital. Por lo tanto, cuando existen desigualdades en el acceso a oportunidades de desarrollo de los niños y niñas, existe una tendencia a reproducir intergeneracionalmente la desigualdad de origen. Es por ello que las políticas públicas deben asegurar la igualdad de oportunidades durante todo el ciclo vital de las personas.

En este sentido, el rol del Estado se debe enfocar en generar transversalmente condiciones para garantizar el desarrollo integral de los niños y niñas. Además, debe tener un enfoque de flexibilidad y de pertinencia, acorde a las particularidades de cada niño y niña en relación a su edad, sexo, capacidad para ejercer sus derechos, su entorno familiar y comunitario y las potencialidades para promover y proteger el desarrollo de los niños y adolescencia.

Por consiguiente, el Enfoque de Ciclo de Vida permite comprender cómo las primeras experiencias que un niño o niña ha pasado influyen directamente en su salud, en su educación y en un futuro, en su trabajo. Además, este enfoque permite determinar cómo ciertas variables facilitan o limitan la expresión de otras en etapas posteriores de la vida de un niño y niña y cómo afecta en la siguiente generación.

3.4.5 Enfoque intercultural

El presente enfoque dice relación con el reconocimiento y respeto por la diversidad cultural, otorgándole legitimidad a las representaciones, concepciones y prácticas culturales diferentes. Por ende, bajo esta perspectiva son tomadas en consideración las desigualdades sociales, económicas y políticas que puedan influir en discriminar y excluir a estos grupos, por falta de reconocimiento, respeto y valoración de estos.

En relación a este enfoque la Convención de los Derechos del Niño, estipula que los Estados no pueden negar un niño, niña o adolescente que pertenezcan a algún pueblo indígena, a un grupo religioso, lingüísticos o migratorios profesar y practicar su propia etnia, religión o idioma. Es por esta razón, que el Enfoque Intercultural resulta consistente y afín a la Convención, debido a que reconoce que se deben establecer medidas especiales para el ejercicio de los derechos individuales y colectivos sin discriminación y en igualdad de condiciones que al resto de la población.

Por lo tanto, la Política de Niñez y Adolescencia promueve el Enfoque Intercultural de manera transversal en todas sus acciones y todos los sectores de la administración, quienes están encargados de resguardar los derechos de los niños, niñas y adolescentes, especialmente en materias de diseño, gestión, monitoreo y evaluación de las políticas públicas.

3.4.6 Enfoque de Género

El enfoque de género considera la equidad de género y los derechos de niños, niñas y adolescentes y además considera el conjunto de símbolos, estereotipos, creencias, normas y valores sociales que se constituye a partir de la diferencia sexual, la que define y establece modos y formas y la posibilidad de ser y hacer reconocidos como mujer u hombre desde la primera infancia y durante todo el ciclo vital. Dicha distinción se ve reflejada muchas veces en las relaciones asimétricas de poder que afectan de manera directa en las oportunidades de integración en espacios que niños, niñas y adolescente valoran. Esto se ve reflejado en políticas, prácticas y actitudes discriminatorias, limitando toda posibilidad de construir una sociedad más justa, diversa e inclusiva.

Por consiguiente, es de cardinal importancia identificar en el diseño e implementación de servicios destinados a niños, niñas y adolescentes y a sus familias, pues se constituyen como factores claves para revertir dicha situación. Asimismo, es necesario la coordinación de los órganos especializados del Estado para avanzar hacia una conceptualización y aplicación más amplia del Enfoque de Género, el cual incluya un estudio genuino de la discriminación, estigmatización, prejuicios, entre otros. Además, este enfoque se sustenta en la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, y pretende erradicar toda forma de discriminación basada en el género, orientación sexual e identidad sexual.

3.4.7 Definiciones Estratégicas.

La visión de la Política Nacional de niñez y adolescencia corresponde a: *“En Chile al 2025, los niños, niñas y adolescentes cuentan con las condiciones que garanticen el ejercicio de sus derechos de acuerdo a su curso de vida, sin distinción de origen social, género, pertenencia a pueblos indígenas, diversos sexualmente, en situación migratoria, en situación de discapacidad o cualquier otro factor de potenciales inequidades.”*

La Política Nacional de Niñez y Adolescencia persigue los siguientes escenarios:

- Que los niños, niñas y adolescentes vivan en un país con valores democráticos y sean actores activos y puedan incidir en las materias que les afectan, por medio de relaciones basadas en el respeto, valoración de sus opiniones, deseos y formas de expresión y creación.
- Que los niños, niñas y adolescentes vivan en un país que les permita crecer y desarrollarse con la seguridad de ser protegidos y que puedan utilizar todo el potencial de sus capacidades libremente y que sus derechos sean respetados por todos los miembros de la sociedad.
- Que los niños, niñas y adolescentes vivan en un país que pueda generar y fortalecer las condiciones (familiares, comunitarias, medioambientales) óptimas para alcanzar todo su potencial de desarrollo, y de esta manera, ampliar sus capacidades y libertades.
- Que los niños, niñas y adolescentes que sean pertenecientes a un grupo étnico o religioso, que posean una identidad sexual diferente o provengan de otro país, cuenten con garantías que permitan su desarrollo pleno, y velen por la igualdad de oportunidades, ya sea en el acceso y en su ejercicio y que estos se consideren elementos fundamentales para el enriquecimiento cultural del país.
- Que los niños, niñas y adolescentes vivan en un país que posea las regulaciones e instituciones necesarias para dar cumplimiento efectivo y de calidad a la Convención de los Derechos del Niño. De esta manera, será posible establecer un nuevo trato político para la niñez y adolescencia.

Por consiguiente, la Política Nacional de Niñez y Adolescencia aspira consolidar un país que considere y establezca un trato especial para con los niños, niñas y adolescentes, en donde se respete y promueva sus derechos y reconozca, promueva y materialice el rol del Estado y la ciudadanía como garantes del ejercicio pleno de los derechos, en donde sea el principal motor orientador el desarrollo, bienestar y felicidad de todos los niños, niñas y adolescentes.

3.4.8. Objetivos Estratégicos:

Para el cumplimiento de la visión expuesta, es necesario cumplir los siguientes objetivos estratégicos:

- Proponer la adecuación normativa y generar las condiciones político-institucionales que regule la institucionalidad competente del estado y la ciudadanía para garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes que habitan en el país.

- Fortalecer y promover la gestión pública y la calidad de las políticas, así como la de los programas y servicios considerando la perspectiva de derechos.
- Fortalecer las condiciones familiares, comunitarias, sociales, económicas y culturales que permitan el ejercicio efectivo de los derechos de los niños, niñas y adolescentes que habitan en el país.

Para dar cumplimiento a los objetivos estratégicos, es necesario seguir los siguientes lineamientos:

1. **La instalación del Sistema de Garantías de los Derechos de la Niñez**, el cual contiene el conjunto de políticas instituciones, y normas orientadas a velar por el desarrollo físico, mental, espiritual, mental, y social de los niños, niñas y adolescentes.
2. **Las orientaciones prioritarias**. Agrupadas en cinco áreas estratégicas en el marco de la niñez y adolescencia, bajo lo cual debe enfocarse la gestión del Sistema.
3. **Las condiciones transversales**. Orientan acciones o procesos de gestión del Estado. Además, se vinculan como condiciones para el Sistema y para la implementación de las orientaciones prioritarias.

3.4.9 Áreas Estratégicas y Orientaciones Prioritarias.

Las políticas públicas se constituyen como elementos fundamentales para garantizar y resguardar el efectivo ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Esto implica que, el diseño e implementación de las políticas públicas sea de manera intersectorial, ya que de esta manera es posible entender y considerar la niñez y adolescencia de manera integral. De acuerdo a lo anterior, en las siguientes páginas se describirán cinco áreas prioritarias necesarias a ser consideradas para el desarrollo de las diferentes instancias que presenta el Sistema.

3.4.9.1 Área Estratégica: Familia y Comunidad.

La familia corresponde a uno de los espacios más importantes y fundamentales para el pleno desarrollo y ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. La familia es entendida como el agente socializador primario, en el cual existen lazos afectivos que permiten el respeto y la confianza como formas básicas de relación, atienden las satisfacciones de las necesidades básicas de afecto, estimulación, que permitan el desarrollo de sus potencialidades y el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes en su

propia diversidad, acogiendo y promoviendo su identidad personal y autonomía.

Cabe mencionar que, cuando la familia no es capaz de cumplir su rol, es el Estado en encargado de facilitar las herramientas para que la familia cumpla efectivamente su rol y cumplir con el derecho que tiene todo niño, niñas y adolescentes de vivir en familia.

Asimismo, la comunidad corresponde al espacio físico y social más cercano después del grupo familiar en donde los niños, niñas y adolescentes pueden ejercer sus derechos y potenciar sus capacidades. Por lo tanto, la comunidad permite generar las condiciones que favorecen el ejercicio de los derechos, especialmente cuando ésta se constituye en un medio de soporte para las familias.

3.4.9.1.1 Orientaciones Prioritarias

- Políticas orientadas a las familias que fomente relaciones positivas entre sus integrantes y que entreguen las herramientas que permitan facilitar el cuidado y la crianza para el desarrollo óptimo de las capacidades y potencialidades de los niños, niñas y adolescente.
- Generar condiciones socio-laborales para todos aquellos adultos responsables del cuidado y crianza de los niños, niñas y adolescentes, puedan desempeñar sus funciones de cuidado y crianza, promoviendo la corresponsabilidad de dichas funciones.
- Generar acciones en materias de prevención de embarazo adolescente y acciones en materias de salud y educación que protejan a la madre, padre e hijo en caso de que de ocurriese un embarazo adolescente.
- Generación de condiciones adecuadas de habitabilidad y propiciar entornos amigables y seguros, como áreas verdes, espacios recreativos, etc.
- Consideración especial a la niñez y adolescencia y sus derechos en las políticas sociales enfocadas a las familias y comunidades vulnerables.
- Promoción del uso de los servicios cercanos al barrio, como colegios o centros de salud.
- Respeto y buen trato a los espacios en donde los niños, niñas y adolescentes convivan frecuentemente.
- Sensibilización ciudadana por medio del fortalecimiento de acciones que promuevan el respeto, del buen trato, el diálogo, la resolución no violenta de los conflictos, el fomento de la autonomía progresiva y el encuentro de la diversidad.
- Establecer mecanismos y herramientas en caso de vulneración de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

- Instaurar paulatinamente un enfoque familiar y comunitario, activando de manera articulada, cercana, pertinente y oportuna servicios y prestaciones adecuadas a sus requerimientos y necesidades.
- Promover y fortalecer la incorporación del adulto responsable del cuidado personal de niño, niña o adolescente que se encuentre con problemas de la justicia en su proceso de rehabilitación e inclusión social.
- Prever cuidados de vida familiar en casos en que los niños, niñas y adolescentes deban ser separados de su familia de origen.

3.4.9.2 Área Estratégica: Salud Integral y Bienestar

Como ya se ha definido en las páginas precedentes, el concepto de salud, de acuerdo a la definición entregada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que corresponde al “Completo estado de bienestar físico, mental y social. Asimismo, bienestar implica una dimensión subjetiva de salud ya que se asocia a la valoración positiva de satisfacción que cada individuo realiza a nivel cognitivo y emocional.

Por otra parte, es de suma importancia alcanzar un acceso equitativo, oportuno, pertinente y de calidad, además de propiciar espacios y ambientes adecuados para los niños, niñas y adolescentes. En caso de enfermedades, es de suma importancia garantizar el acceso a las prestaciones para que se pueda detener la enfermedad y además considerar los factores protectores de salud y el abordaje a tiempo de todos aquellos factores de riesgo que se presenten.

3.4.9.2.1 Orientaciones Prioritarias.

- Potenciar condiciones y prestaciones que reduzcan los riesgos de mortalidad y promuevan la adecuada estimulación, a nivel psicomotor y socioemocional, para asegurar el óptimo desarrollo temprano.
- Proporcionar ambientes comunales, barriales, escolares y familiares protectores de la salud que favorezca su bienestar y la calidad de vida para alcanzar el máximo nivel de salud posible.
- Fortalecer condiciones que promuevan estilos de vida saludables y prevenir situaciones que afecten la salud de los niños, niñas y adolescentes.
- Facilitar acciones tendientes al desarrollo de una sexualidad informada acceso oportuno, pertinente y de calidad a servicios y prestaciones de atención de salud sexual y reproductiva y salud mental, a nivel de promoción, prevención y tratamiento.

- Facilita espacios amigables para adolescentes en establecimientos de nivel primario de salud.
- Optimizar las condiciones de cuidado de niñas niños y adolescentes en situación de discapacidad y enfermedades graves o catastróficas.
- Asegurar el apoyo a niñas, niños y adolescentes en situación migratoria, pertenecientes a pueblos indígenas, sexualmente diversos y aquellos/as adolescentes en conflicto con la justicia, una atención de calidad y oportuna sin sesgos discriminatorios.
- Tomar en consideración a niños, niñas y adolescentes en todos los procedimientos de prevención de accidentes y seguridad.
- Considerar, en todo momento, los principios de la Convención en los procedimientos y protocolos para la atención de niñez y adolescencia.

3.4.9.3.1 Orientaciones Prioritarias

- Fortalecer desde el ámbito educativo el pleno desarrollo de las potencialidades, capacidades y talentos para el ejercicio de sus derechos.
- Procurar condiciones de acceso, participación, permanencia y logro de objetivos de aprendizaje en la educación para todos y todas.
- Avanzar hacia la incorporación del enfoque de derechos como piso conceptual a la base de los diseños curriculares, las metodologías de enseñanza y aprendizaje, desde la educación parvularia.
- Trabajar en el rescate, el respeto y la promoción de la cultura, tradiciones y costumbres, la preservación y revitalización de las lenguas indígenas y en espacios de convivencia y buen trato. Además, reforzar la formación en sexualidad y afectividad, sin discriminación por género, identidad sexual o ante la presencia de situaciones de discapacidad.
- Incentivar entornos seguros de las tecnologías de la información y comunicación, junto con un acceso equitativo e inclusivo de herramientas tecnológicas.
- Entregar al sistema escolar las herramientas necesarias para la detección temprana de situaciones de vulneración de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

- Contar con acciones que propendan a garantizar el ejercicio del derecho a la educación en situaciones de emergencia y crisis.
- Propiciar el acceso y participación de niñas, niños y adolescentes en actividades artísticas y culturales, así como el respeto hacia los espacios recreativos, de ocio, juego y descanso.
- Promover, sensibilizar y difundir los derechos de las niñas, niños y adolescentes para contribuir al cambio cultural para garantizar sus derechos.

3.4.9.4 Área Estratégica: Protección, Reparación y Restitución de Derechos.

La Convención sobre los derechos del niño promueve el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes en todos sus ámbitos y reconoce e identifica riesgos y amenazas. La efectiva protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes requiere disponer de mecanismos reforzados para garantizar el goce de sus derechos universalmente reconocidos, e incluir respuestas de protección, restitución y reparación psicosocial. Esto implica establecer una serie de medidas que priorice y considere la respuesta judicial como una última medida.

3.4.9.4.1 Orientaciones Prioritarias

- Generar un diagnóstico específico sobre las diversas formas de violencia que se dan en nuestro país.
- Desarrollar un plan nacional de buen trato y de respuesta ante situaciones de violencia para promover que los niños, niñas y adolescentes vivan en ambientes bien tratantes, donde se garantice su derecho a no ser objeto de ninguna forma de violencia.
- Instalar en la ciudadanía, la promoción y el respeto de los derechos de niños, niñas y adolescentes en base al buen trato, respeto y valoración por los derechos humanos.
- Promover que en todas las acciones del estado se respete el derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser escuchados y que sus opiniones se validen.
- Integración de la promoción, prevención y reparación psicosocial, para entregar una atención atingente y de calidad a todo niño, niña y adolescente.

- Mejorar la asistencia jurídica, en donde los intereses de los niños, niñas y adolescentes sea efectivamente representados.
- Focalizar la prevención y protección contra toda violencia y acciones discriminatorias ya sea por su condición, origen, identidad sexual, etc.
- Avanzar hacia la erradicación de toda forma de violencia y explotación hacia niños, niñas y adolescentes.
- El estado debe priorizar la protección de los niños, niñas y adolescentes en caso de que llegase a presentarse alguna situación de emergencia o catástrofe.
- Proteger y resguardar legalmente los derechos de niños, niñas y adolescentes en ambiente digital, cautelando la existencia de redes de protección, denuncia, orientación y ayuda a las víctimas de delitos asociados al uso indebido de la tecnología.
- Desarrollar procedimientos y prácticas institucionales adecuadas al marco de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, erradicando prácticas discriminatorias y revictimizantes.

3.4.9.5 Área Estratégica: Participación, Libertad de Opinar e Incidir.

La participación Social corresponde a “la intervención de los ciudadanos en la toma de decisiones respecto al manejo de los recursos y las acciones que tienen un impacto en el desarrollo de sus comunidades. En este sentido, la Participación Social se concibe como un legítimo derecho de los ciudadanos más que como una concesión de las instituciones. Para que la participación social se facilite, se requiere de un marco legal y de mecanismos democráticos que propicien las condiciones para que las comunidades organizadas hagan llegar su voz y sus propuestas a todos los niveles de gobierno.”

Asimismo, la Convención establece que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a expresarse, asociarse, reunirse e informarse y es por medio de la participación que pueden asegurar, resguardar, respetar y garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes, además de fortalecer el valor y estabilidad de la democracia.

3.4.9.5.1 Orientaciones Prioritarias

- Participación activa de niños, niñas y adolescentes en sus espacios de desarrollo y convivencia.
- Implementación de instrumentos y procedimientos en programas y servicios que garanticen el derecho a ser informado, opinar e incidir en procesos de toma de decisión.
- Incidencia política de los niños, niñas y adolescentes, como actores relevantes en los temas que les afectan.

CAPÍTULO II.

Marco Teórico Conceptual



*“Muchas de las cosas que nosotros necesitamos pueden esperar, los niños no pueden, ahora es el momento, sus huesos están en formación, su sangre también lo está y sus sentidos se están desarrollando, a él nosotros no podemos contestarle mañana, su nombre es hoy”
(Gabriela Mistral).*

1. EJE CONCEPTUAL PRIMERA INFANCIA

1.1 Aproximaciones Conceptuales del Concepto Primera Infancia

Según la Real Academia de la Lengua Española, infancia viene del latín *infantia*, lo cual alude a la incapacidad de hablar y define a los *infans* o *infantis*, como los que no tienen voz. Actualmente la RAE, delimita infancia, determinando que:

- A. Corresponde al período de la vida humana desde que se nace hasta la pubertad.
- B. Conjuntos de niños de esa edad.
- C. El primer estado de una cosa después de su nacimiento o fundación.

Asimismo, la RAE define niño o niña como aquello que proviene de la voz infantil la expresión onomatopéyica *ninno*, que refiere al que está en la niñez, que tiene pocos años, que tiene poca experiencia o que obra con poca reflexión y experiencia. Por otra parte, niñez es definido por la RAE como el período de la vida humana que se extiende desde el nacimiento a la pubertad, significado muy similar a la definición de infancia. Por lo tanto, niñez e infancia son conceptos que aluden al período vital que transcurre durante los primeros años de vida.

El Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia (UNICEF) menciona que “*La infancia es la época en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuertes y seguros de sí mismos y recibir el amor y el estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos. Es una época valiosa en la que los niños y las niñas deben vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación. Como tal, la infancia significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta. Se refiere al estado y la condición de la vida de un niño, a la **calidad** de esos años.*” (UNICEF, 2017)

Han existido diversos debates en relación a determinar una definición concreta respecto a infancia, sin embargo, los factores culturales y territoriales condicen en establecer una definición única de infancia, tal como lo presenta Gaitán quien señala que *la infancia correspondería a una condición social delimitada por una construcción cultural e histórica diferenciada* (..) (Gaitán, 2006). Sin perjuicio de lo anterior, se ha llegado a un consenso respecto a un criterio

ampliamente compartido por diferentes autores e intelectuales en materias de infancia, quienes convergen en que la infancia implica un espacio delimitado y seguro, separado de la edad adulta, en el cual los niños y las niñas pueden crecer, jugar y desarrollarse.

En 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño, en donde se establece que la infancia corresponde a como un espacio separado de la edad adulta y reconoce que lo que resulta apropiado para los adultos puede no ser adecuado para la infancia.

Bajo esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud indica que, en conformidad con los estándares de política internacional, la primera infancia corresponde al período comprendido desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad. (OMS, 2007). Cabe destacar que, esta etapa se constituye como período crítico o sensible, puesto que todo aquello que los niños experimentan durante los primeros años de vida establece una base trascendental para todo el ciclo vital.

1.2 Primera Infancia

Según UNICEF y siguiendo la propuesta del Comité de los Derechos del Niño, abordamos la **primera infancia** desde la gestación, pasando por el nacimiento, hasta los 8 años de edad. (UNICEF, 2017)

Se refiere a esta, como una etapa crucial para el desarrollo de los niños y niñas. Por ende, es fundamental asegurarles, desde el inicio de sus vidas, adecuadas condiciones de bienestar social, una apropiada nutrición, acceso a servicios de salud oportunos y una educación inicial de calidad, así como fomentar el buen trato y el cuidado de sus familias y de la comunidad donde habitan.

Asimismo, resalta que la infancia temprana es una etapa en la que los niños y niñas experimentan rápidos y profundos cambios, pues pasan de estar dotados de las capacidades elementales para la sobrevivencia y de una amplia gama de potencialidades, a dominar complejas habilidades físicas, emocionales, psíquicas, cognitivas y sociales.

1.3 Desarrollo Infantil

El desarrollo infantil temprano (DIT) se refiere al desarrollo físico, cognitivo, lingüístico y socio-emocional de los niños y niñas de 0 a 8 años, de una manera integral para el cumplimiento de todos sus derechos.

Comprende cuestiones relacionadas con la salud, el aprendizaje, la educación, el apoyo familiar, así como la atención a la protección y bienestar social de ellos y ellas desde que nacen hasta los primeros años de la escuela primaria (aproximadamente hasta los ocho años). (UNICEF).

1.3.1 Etapas de Desarrollo primera infancia perspectiva psicoanalítica

Desde la perspectiva psicoanalítica creada por Sigmund Freud, autor relevante para la creación del modelo de Familia de Acogida Temporal propuesto por el Dr. Jaar, describe el desarrollo es modelado por fuerzas inconscientes que motivan la conducta humana, el autor creía que las personas nacen con impulsos biológicos que deben redirigirse para poder vivir en sociedad. Así mismo propuso que la personalidad estaba conformada por tres partes hipotéticas: El ello, el yo y el superyó. El yo, que se representa la razón, desarrollada de manera gradual durante el primer año de vida; El ello que opera según el principio del placer y el superyó que abarca la conciencia e incorpora en el sistema de valores lo que a sociedad acepta y lo que reprueba. El autor propuso que la personalidad se forma a partir de conflictos infantiles inconsistentes entre los impulsos innatos del ello y las necesidades de la vida civilizada, para lo cual describió cinco etapas de formación de las cuales cuatro de ellas transcurren durante la primera infancia.

1.3.3.1 Etapa oral

La etapa oral comienza desde el nacimiento hasta los 12 o 18 meses de vida, y en ella aparecen los primeros intentos por satisfacer las demandas promovidas por la libido. En ella, la boca es la principal zona en la que se busca el placer. También es la boca una de las principales zonas del cuerpo a la hora de explorar el entorno y sus elementos, y esto explicaría la propensión de los más pequeños a intentar "morderlo" todo.

1.3.3.2 Etapa anal

Esta etapa se produciría desde el fin de la etapa oral y hasta los 3 años de edad. Se trata de la fase en la que se empiezan a controlar el esfínter en la defecación. Para Freud, esta actividad está vinculada al placer y la sexualidad. Las fijaciones relacionadas con esta fase del desarrollo psicosexual tienen que ver con la acumulación y con el gasto, vinculadas con el espíritu ahorrador y la disciplina en el primer caso, y con la desorganización y el derroche de recursos en el segundo.

1.3.3.3 Etapa fálica

Esta fase pulsional duraría entre los 3 y los 6 años, y su zona erógena asociada es la de los genitales. De este modo, la principal sensación placentera sería la de orinar, pero también se originaría en esta fase el inicio de la curiosidad por las diferencias entre hombres y mujeres, niños y niñas, empezando por las evidentes disimilitudes en la forma de los genitales y terminando en intereses, modos de ser y de vestir, etc.

Además, Freud relacionó esta fase con la aparición del "complejo de Edipo", en el que los niños varones sienten atracción hacia la persona que ejerce el rol de madre y sienten celos y miedo hacia la persona que ejerce el rol de padre. En cuanto a las niñas que pasan por esta etapa del desarrollo psicosexual Freud "adaptó ligeramente la idea con Complejo de Edipo para que englobas a estas, a pesar de que el concepto había sido desarrollado para que cobrase sentido principalmente en los varones. Fue más tarde cuando Carl Jung propuso el complejo de Electra como contraparte femenina al Edipo.

1.3.3.4 Etapa de latencia

Esta fase empieza hacia los 7 años y se extiende hasta el inicio de la pubertad. La etapa de latencia se caracteriza por no tener una zona erógena concreta asociada y, en general, por representar una congelación de las experimentaciones en materia de sexualidad por parte de los niños, en parte a causa de todos los castigos y amonestaciones recibidas. Es por eso que Freud describía esta fase como una en la que la sexualidad queda más camuflada que en las anteriores.

La etapa de latencia ha estado asociada a la aparición del pudor y la vergüenza relacionada con la sexualidad.

1.4 Etapa de Desarrollo Primera Infancia perspectiva psicosocial

Erik Erikson (1902-1994), psicoanalista, pionero en la perspectiva del ciclo vital, propuso ocho etapas que comprenden o que el autor llamó "crisis" de la personalidad, en las cuales se requiere que se equilibren una tendencia positiva y una negativa, que deben resolverse satisfactoriamente para que se desarrolle un yo sano.

1.4.1 Los 8 estadios psicosociales.

Si bien el autor propone 8 estadios psicosociales, solo cuatro de ellos transcurren durante el desarrollo de la primera infancia según UNICEF.

1.4. 1.1 Confianza vs Desconfianza – Primer Estadio

Este estadio transcurre desde el nacimiento hasta los dieciocho meses de vida, y depende de la relación o vínculo que se haya creado con la madre.

La relación con la madre determinará los futuros vínculos que se establecerán con las personas a lo largo de su vida. Es la sensación de confianza, vulnerabilidad, frustración, satisfacción, seguridad... la que puede determinar la calidad de las relaciones.

1.4.1.2 Autonomía vs Vergüenza y duda – Segundo Estadio

Este estadio empieza desde los 18 meses hasta los 3 años de vida del niño. Durante este estadio el niño emprende su desarrollo cognitivo y muscular, cuando comienza a controlar y ejercitar los músculos que se relacionan con las excreciones corporales. Este proceso de aprendizaje puede conducir a momentos de dudas y de vergüenza. Asimismo, los logros en esta etapa desencadenan sensación de autonomía y de sentirse como un cuerpo independiente.

1.4.1.3. Iniciativa vs Culpa – Tercer Estadio

Este estadio viaja desde los 3 hasta los 5 años de edad.

El niño empieza a desarrollarse muy rápido, tanto física como intelectualmente. Crece su interés por relacionarse con otros niños, poniendo a prueba sus habilidades y capacidades. Los niños sienten curiosidad y es positivo motivarles para desarrollarse creativamente.

En caso de que los padres reaccionen de negativamente a las preguntas de los niños o a la iniciativa de éstos, es probable que les genere sensación de culpabilidad.

1.4.1.4 Laboriosidad vs Inferioridad

Este estadio se produce entre los 6-7 años hasta los 12 años.

Los niños muestran un interés genuino por el funcionamiento de las cosas e intentan llevar a cabo muchas actividades por sí mismos, con su propio esfuerzo y poniendo en uso sus conocimientos y habilidades. Por esa razón es tan importante la estimulación positiva que pueda ofrecerle la escuela, en

casa o por el grupo de iguales. Éste último comienza a adquirir una relevancia trascendental para ellos.

En el caso de que esto no sea bien acogido o sus fracasos motiven las comparaciones con otros, el niño puede desarrollar cierta sensación de inferioridad que le hará sentirse inseguro frente a los demás.

1.5 Etapa de Desarrollo de Primera Infancia perspectiva cognoscitiva

Las fases de desarrollo expuestas por Piaget forman una secuencia de cuatro períodos que a su vez se dividen en otras etapas. La idea que planteó Jean Piaget es que, al igual que nuestro cuerpo evoluciona rápidamente durante los primeros años de nuestras vidas, nuestras capacidades mentales también evolucionan a través de una serie de fases cualitativamente diferentes entre sí. En un contexto histórico en el que se daba por sentado que los niños y niñas no eran más que "**proyectos de adulto**" o versiones imperfectas de ser humano, Piaget señaló que el modo en el que los pequeños actúan, sienten y perciben denota no que sus procesos mentales estén sin terminar

1.5.1 Etapas de Desarrollo Cognoscitivas

1.5.1.1 Etapa preoperacional

La segunda etapa del desarrollo cognitivo según Piaget aparece más o menos entre los dos y los siete años.

Las personas que se encuentran en la fase preoperacional empiezan a ganar la capacidad de ponerse en el lugar de los demás, actuar y jugar siguiendo roles ficticios y utilizar objetos de carácter simbólico. Sin embargo, el egocentrismo sigue estando muy presente en esta fase, lo cual se traduce en serias dificultades para acceder a pensamientos y reflexiones de tipo relativamente abstracto.

Además, en esta etapa aún no se ha ganado la capacidad para manipular información siguiendo las normas de la lógica para extraer conclusiones formalmente válidas, y tampoco se pueden realizar correctamente operaciones mentales complejas típicas de la vida adulta (de ahí el nombre de este período de desarrollo cognitivo). Por eso, el pensamiento mágico basado en asociaciones simples y arbitrarias está muy presente en la manera de interiorizar la información acerca de cómo funciona el mundo.

1.5.1.2 Etapa de las operaciones concretas

Aproximadamente entre los siete y los doce años de edad se accede al estadio de las operaciones concretas, una etapa de desarrollo cognitivo en el que empieza a usarse la lógica para llegar a conclusiones válidas, siempre y cuando las premisas desde las que se parte tengan que ver con situaciones concretas y no abstractas. Además, los sistemas de categorías para clasificar aspectos de la realidad se vuelven notablemente más complejos en esta etapa, y el estilo de pensamiento deja de ser tan marcadamente egocéntrico.

Uno de los síntomas típicos de que un niño o niña ha accedido a la etapa de las operaciones concretas es que sea capaz de inferir que la cantidad de líquido contenido en un recipiente no depende de la forma que adquiere este líquido, ya que conserva su volumen.

1.5.1.3 Etapa de las operaciones concretas

Aproximadamente entre los siete y los doce años de edad se accede al estadio de las operaciones concretas, una etapa de desarrollo cognitivo en el que empieza a usarse la lógica para llegar a conclusiones válidas, siempre y cuando las premisas desde las que se parte tengan que ver con situaciones concretas y no abstractas. Además, los sistemas de categorías para clasificar aspectos de la realidad se vuelven notablemente más complejos en esta etapa, y el estilo de pensamiento deja de ser tan marcadamente egocéntrico.

Uno de los síntomas típicos de que un niño o niña ha accedido a la etapa de las operaciones concretas es que sea capaz de inferir que la cantidad de líquido contenido en un recipiente no depende de la forma que adquiere este líquido, ya que conserva su volumen.

2. EJE CONCEPTUAL FAMILIA

2.1 Aproximaciones Conceptuales de Familia

La familia es una institución histórica y social, permanente y natural, compuesta por un grupo de personas ligadas por vínculos que emergen de la relación intersexual y de la filiación. La familia tiene funciones indispensables en la sociedad como son la renovación y el crecimiento de la sociedad, además de la satisfacción de gran parte de las necesidades básicas del hombre, como lo son la socialización y educación de los individuos, la adquisición del lenguaje y la formación de los procesos fundamentales del desarrollo psíquico. Así mismo, es el grupo social en el que se satisfacen las necesidades afectivas y sexuales indispensables para la vida social de los individuos y donde se protegen las generaciones futuras. Por lo tanto, *“la familia es una unidad básica bio-psicosocial, con leyes y dinámicas propias que le permiten mantenerse en equilibrio y soportar las tensiones y variaciones, sin perder la identidad como grupo primario de organización social mediante la unidad, la continuidad en el tiempo y el reconocimiento de la comunidad que lo rodea.”* (Montoya. G, Zapata. C y Cardona. B .2002).

2.1.1 Familia como agente socializador

La familia se constituye como fundamental ya que es el agente socializador primario, en donde los niños y niñas son un *“un terreno casi virgen donde se debe construir partiendo de la nada y poner en ese lugar una vida moral y social”* (Durkheim, 1975). De acuerdo al autor, niños y niñas son considerados como una tabla rasa, es decir, como receptáculos vacíos, en donde los padres son los encargados de educar su *“naturaleza salvaje”* y convertirlos en entes socializados.

Este proceso socialización, de acuerdo a las aportaciones de Parsons, involucra considerar a los infantes como receptores pasivos de los contenidos que la propia sociedad considera y establece como fundamental para convertirse en adultos y cumplir con dicho rol, los cuales corresponden a mecanismos de reproducción del orden social, es decir, los individuos desde su nacimiento asignan demandas y exigencias en relación a un determinado rol (niños o niñas). Sin embargo, el individuo no sólo reproduce ese orden social, sino que también lo recrea, lo innova e incluso lo subvierte. Además, cada contexto histórico y territorial de las niñas y los niños despliegan diversas formas de vivir sus infancias, por lo tanto, los modos en que se reproduce el

orden social también cambian. El movimiento socializador es bidireccional y no sólo unidireccional desde la persona adulta hacia las niñas y los niños. Por otra parte, es importante señalar lo que Berger y Luckmann señalan acerca de la infancia. Los autores conciben a la infancia como un producto social, por lo cual todo su desarrollo está socialmente construido e interferido, en donde existen momentos de externalización, objetivación e internalización por medio del proceso de socialización primaria y secundaria, en donde se internaliza la realidad objetiva. En relación a la *socialización primaria*, es posible señalar que ésta corresponde a la familia, la cual funciona por pautas más emocionales que racionales, a la vez que mediatiza por un fuerte control social: cómo debo ser y qué debo hacer, a través de la identificación de los otros significantes. Por otro lado, la socialización secundaria se desarrolla en determinadas instituciones destinadas para ese fin, la cual requiere ciertas imposiciones a los niños y niñas para lograr su amoldamiento social, permitiendo la adjudicación de un lugar en el mundo social.

En relación a lo anterior Gaitán señala: *“Si la socialización transmite la experiencia en el lenguaje, las niñas y los niños recrean, transmiten y reconstruyen la realidad que les ha sido dada, configurando su propia cultura Infantil; pero son las personas adultas quienes imponen el orden social que debe reproducirse”* (Gaitán, 2006). Por consiguiente, la familia forma parte esencial en la vida de los niños y niñas, ya que son ellos quienes depositan el constructo social para que puedan producirlos y reproducirlos.

2.1.2 Familia como Sistema

Para el estudio de las relaciones familiares, la Teoría Sistémica aporta unas bases importantes que nos permiten ver distintas maneras con las que una persona se relaciona con el entorno y como este afecta al desarrollo integral de los seres humanos, contemplando desde el contacto con sus familiares cercanos, hasta comunidades distantes. la teoría propone 3 sistemas a considerar.

2.1.2.1 Microsistema

Teniendo en cuenta que el microsistema es concebido como el conjunto de interrelaciones que se producen dentro del entorno inmediato, según Bronfenbrenner, (1986), Rodrigo y Palacios, (1998) y Papalia y Olds, (1992),

la familia es el microsistema más importante porque configura la vida de una persona durante muchos años.

2.1.2.2 Familia como Mesosistema

El mesosistema familiar, como conjunto de sistemas con los que la familia guarda relación y con los que mantiene intercambios directos, es una dimensión importante en los informes de valoración familiar. Suele haber unos sistemas de interacción más frecuentes, los cuales condicionan positiva y negativamente el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes, entre ellos encontramos: la escuela, la pandilla, el club deportivo, el partido político o la asociación de vecinos, son algunos ejemplos.

2.1.2.3 Familia como Macrosistema

El macrosistema, entendido como el conjunto de valores culturales, ideologías, creencias y políticas, da forma a la organización de las instituciones sociales. En nuestro caso, la cultura predominante en el entorno familiar es también una dimensión a comparar con la cultura de origen de cada familia. El modelo sistémico nos permite observar cómo cada grupo familiar se inserta dentro de una red social más amplia, y desde ésta despliega su energía para alcanzar su propia autonomía, como un todo. Pero a la vez nos permite analizar cómo cada microsistema permite integrar la energía de los demás miembros del sistema, bien sean estos individuos, bien sean subsistemas. En nuestro caso, el microsistema de referencia es la familia, y la pareja y la constelación fraterna son los dos subsistemas de obligada referencia.

Es necesario comprender que los tres sistemas analizados anteriormente, fluctúan entre sí, generando intercambios de energía entre ellos, partiendo de estos principios podemos decir que dentro de los sistemas, los subsistemas funcionan con sus características propias, formando una verdadera unidad con la totalidad. La interacción de los componentes en los subsistemas se regula mediante flujos estables, que se retroalimentan por la acción de todos aquellos subsistemas que participan en el sistema. Así, la estructura familiar es compleja y la dinámica general de la misma está mediada por el funcionamiento particular de cada subsistema, en los diferentes ciclos de la vida total del sistema.

2.1.2.4 Tipología de Familias

Para la sociología, una familia es un conjunto de personas unidas por lazos de parentesco. Los lazos principales son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros:

- ❖ Familia nuclear, padres e hijos (si los hay); también se conoce como «círculo familiar».
- ❖ Familia extensa, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines.
- ❖ Familia compuesta, es sólo padre o madre y los hijos, principalmente si son adoptados o tienen vínculo consanguíneo con alguno de los dos padres.

3 EJE CONCEPTUAL APEGO

3.1 Aproximaciones Conceptuales de Apego

En el campo del desarrollo infantil, **el apego** se refiere a un vínculo específico y especial que se forma entre madre-infante o cuidador primario-infante. El vínculo de apego tiene varios elementos claves:

- ❖ Es una relación emocional perdurable con una persona en específico.
- ❖ Dicha relación produce seguridad, sosiego, consuelo, agrado y placer.
- ❖ La pérdida o la amenaza de pérdida de la persona, evoca una intensa ansiedad. Los investigadores de la conducta infantil entienden como apego la relación madre-infante, describiendo que esta relación ofrece el andamiaje funcional para todas las relaciones subsecuentes que el niño desarrollará en su vida.

René Spitz, (1935) psicoanalista, observó el desarrollo de niños abandonados por sus madres que llegaban a centros de huérfanos. Estas observaciones le permitieron concluir que la madre sería la representante del medio externo y a través de ella el niño podía comenzar a constituir la objetividad de éste.

3.2 Teoría del Apego

El Psicólogo y Psicoanalista Inglés John Bowlby, durante su desempeño en la Organización Mundial de la Salud, expuso a la comunidad científica la Teoría de la Necesidad Maternal, en la cual, afirmaba que el bebé desarrollaba una relación firme de unión o apego con la madre durante los primeros 6 meses de vida, causando severas consecuencias en el desarrollo del psiquismo, en caso de presentar carencias tempranas en dicha unión. Sin embargo, y pese al gran revuelo mediático alcanzado por dichos postulados, generó ciertos cuestionamientos al interior de la OMS, orientados a la importancia de otros agentes en la vida de los bebés, además de la figura de la madre. Lo anterior, llevó a Bowlby a reorganizar sus postulados, dando como resultado la Teoría del Apego, la cual, plantea que existe una estrategia de supervivencia evolutiva, destinada a la protección del infante frente a los depredadores, rol que puede ser desempeñado tanto por la madre, como por el padre y/o demás figuras significativas para el infante. Lo anterior, en palabras del mismo Bowlby (1993), define que el Apego consiste en “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro

individuo diferenciado y preferido. En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos. Empero, en ciertas circunstancias se observan también seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como tendencia a llamarla o a llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados” (Bowlby, 1993).

Ahondando aún más, el proceso de construcción de la personalidad está compuesto por diferentes factores, como la predisposición genética, el temperamento, la familia, la educación, el proceso de socialización, el ambiente, los acontecimientos vitales, entre otros. Sin embargo, el principal factor corresponde a las primeras relaciones que el bebé establece con su padre, madre o cuidadores, ya que esta vinculación le permite aprender a regular el sistema emocional.

Estos vínculos afectivos que se establecen entre el bebé y la figura de apego son permanentes y hacen sentir al individuo los primeros sentimientos positivos (seguridad, afecto, confianza) y negativos (inseguridad, abandono, miedo). Por otro lado, Lafuente (2000), ilustra que la relación afectiva paterno-filial es el asiento fundamental de los sentimientos de seguridad o inseguridad que presiden respectivamente las vinculaciones de buena y mala calidad.

Otro aspecto importante que destacar es lo mencionado por Musitu y Cava (2001), quienes mencionan la existencia de dos dimensiones en el ámbito familiar, que están íntimamente relacionadas con la autoestima de los hijos; la primera, dice relación con la importancia del apego con él o la cuidadora principal, y la segunda dice relación con los estilos de socialización parental.

De acuerdo a lo anterior, y según lo mencionado por Girón, Rodríguez y Sánchez (2003), cuando se desarrolla una relación de apego saludable, se satisfacen las necesidades físicas y psíquicas del niño y éste desarrolla un sentimiento de seguridad. La experiencia de que la figura de apego (el cuidador) es accesible y responderá si se le pide ayuda, suministra un sentimiento de confianza que facilita la exploración tanto del mundo físico como del social (Bowlby, 1990). Asimismo, la disposición innata a buscar protección ante el peligro o amenaza es regulada en cada momento por los Modelos Internos de Funcionamiento. El mismo Bowlby (1990, 1989) hizo referencia a los mecanismos que subyacen la asociación causal entre el tipo de apego infantil y las posteriores vinculaciones emocionales, los modelos representacionales. Se trata de representaciones mentales generadas en la primera infancia a partir de la interacción con los padres o cuidadores principales e incluyen información sobre sí mismos, la figura de apego y la

relación entre ambos. Es decir, una idea de quiénes y cómo son sus figuras de apego, y qué puede esperar de ellas. Una vez interiorizados por el niño los modelos representacionales de su relación con las figuras de apego, estos mismos modelos le van a servir de guía para el establecimiento de otras relaciones significativas a lo largo de su vida (Bowlby, 1989).

En cuanto al aspecto meramente biológico, y la relación de este con el ambiente, cabe destacar, las investigaciones realizadas sobre plasticidad cerebral (Wylie y Simon, 2004; Cozolino, 2002), los cuales han puesto en evidencia que durante los primeros años tiene lugar un proceso de desarrollo cerebral único por su magnitud. Este proceso, resulta sumamente sensible a las condiciones ambientales y en particular a las que dependen de la interconexión y relación entre el niño y las figuras de apego (Botella, 2005). La evidencia que se desprende de las investigaciones sobre el efecto de las relaciones de apego en el desarrollo mental, indica consistentemente que, por ejemplo, el estrés y el trauma perjudican el desarrollo óptimo, mientras que el apego seguro lo promueve (Schore, 2001).

Por otra parte, Marie Ainsworth y Colaboradores (1978), crean una situación experimental, denominada “Situación del Extraño”, con el objetivo de analizar el equilibrio tanto de las conductas del apego, como de las conductas de exploración, en situaciones altamente estresantes. La prueba consistía en medir el apego en menores de entre 1 y 2 años, a través de dos episodios de separación entre el niño y su cuidador, con el objetivo de analizar y observar el modo en el que los niños utilizan a los cuidadores como un punto seguro desde el cual explorar su entorno, tomando especial énfasis en la presencia de extraños, y los momentos de separación y encuentro con el cuidador. A raíz de dicho experimento, Ainsworth, estableció la existencia de 3 patrones de conducta homologables a los estilos de apego:

a) **Apego Seguro:**

Caracterizado por la ansiedad al separarse del cuidador y el aseguramiento de volver a reunirse con él, son personas capaces de utilizar a sus cuidadores como fuente de seguridad en momentos de angustia, ya que saben que estos estarán disponibles, y responsivos a sus necesidades.

Las características del cuidado en este caso son las de: Disponibilidad, Receptividad, Calidez y Conexión (Botella, 2005).

b) **Apego Inseguro Evitativo:**

En el cual fue posible constatar que, al parecer, el niño no poseía confianza en que su cuidador estuviera disponible, generando escasa ansiedad en la separación, y una total apatía en el reencuentro, incluso si era buscado por el cuidador. (Fonagy, 2004; Citado en Oliva, 2004)

Por otro lado, si bien la conducta independiente podría catalogarse como saludable, Ainsworth señala que tales condiciones de desapego, son similares a las de niños que experimentaban separaciones dolorosas.

En cuanto a las características del cuidado en este escenario, estas corresponden a: Rechazo, Rigidez, Hostilidad y Aversión del Contacto (Botella,2005).

c) **Apego Inseguro Ambivalente:**

En este tipo de apego, el niño demuestra ansiedad en el momento de la separación, sin embargo, no consiguen tranquilizarse en el reencuentro. Es más, se observó que los niños tendían a exagerar las demostraciones de afecto con el fin de obtener la atención de los cuidadores, los cuales, al parecer, sólo están disponibles en algunas oportunidades tanto física como emocionalmente, generando mayor ansiedad en la separación y un miedo a explorar el mundo exterior.

Las características de cuidado materno corresponden a: Insensibilidad, Intrusividad e Inconsistencia.

Los tres tipos de Apego desarrollados anteriormente, han sido considerados en la mayoría de las investigaciones. Sin embargo, Main y Solomom (1986), proponen un cuarto tipo de apego; el Apego Desorganizado-Desorientado. Corresponde a un tipo de apego mixto (recoge características de los tipos de apego inseguros), se evidencia en que los niños muestran mayor inseguridad cuando se reúnen con la madre o el cuidador principal tras la separación, muestran diversas conductas confusas contradictorias, es decir, pasan por una situación de colapso de sus estrategias conductuales.

En síntesis, el estilo de apego inseguro se constituye como un factor de riesgo en relación a la manifestación de problemas psicológicos, por el contrario, el apego seguro, es un factor de resiliencia psicológica que fomenta el bienestar emocional, la competencia social, el funcionamiento cognitivo y la capacidad de superación frente la adversidad.

3.3. La Depresión Anaclítica.

La depresión del bebe fue revelada a la psiquiatría por la descripción otorgada por Spitz, en los años 1945-1946. El término anaclítico que a tribuye a este desorden hace referencia al apuntamiento del primer desarrollo en la relación materna, y subraya su casusa, que es una ruptura del vínculo objetal.

3.4 Depresión del Lactante

Desorden tímico de evolución aguda o subaguda cuyo determinismo es una ruptura prolongada del vínculo materno y el comportamiento mental esencial, y una atonía afectiva que priva al bebé de sus apetencias vitales. La edad electiva de su desarrollo es entre los seis y dieciocho meses, en plena construcción de su relación objeto.

La entrada de la depresión se hace tras un período preliminar de angustia de la separación exacerbada hasta patológica por la ruptura traumática. La depresión del lactante no tiene una expresión unívoca, ya que dependen del grado de intensidad de la perturbación, de su duración, de la edad del niño o niña, y de las condiciones etiológicas. Asimismo, existen expresiones menos evidentes; la dificultad para reconocerlas simultánea o separadamente tiene que ver con lo débil o con el camuflaje de una patología somática que la enmascara, o con circunstancias familiares o sociales que la ocultan. Se recalca la posibilidad de que la depresión evoluciones por accesos, largos o breves, evidentes o discretos, su severidad se hace patente por la desorganización psicósomática que son frecuentemente las que se evidencian.

3.4.1 Elementos esenciales en la depresión del lactante:

La anatomía tímida: Modificación del comportamiento: muestra indiferencia, indiferencia triste, sin quejidos ni lágrimas, depresión fría, depresión blanca. La depresión del bebé es una atimia global, más próxima a la indiferencia que a la tristeza. Lo propio de la semiología depresiva del niño pequeño es ser negativa. Presenta al revés, es decir, la esencia misma las apetencias vitales de los niños saludables: el apetito no es solo lo para nutrirse, sino para ver, escuchar, sentir, ejercer sus sentidos, en todos los terrenos, moverse, conocer, funcionar y progresar.

La inercia motriz: lentitud depresiva constante, aunque de grado variable. La inercia depresiva infiltra el comportamiento mediante una monotonía que contrasta con la flexibilidad de las conductas del bebé normal en su infinita variedad de movimientos. La mímica es pobre, la movilidad corporal es inestable, haciendo notar la rigidez que afectan sobre todo el tronco y las extremidades manuales y digitales relativamente más móviles. Disminuyen las iniciativas psicomotoras y la respuesta motora a las solicitudes se hace más

débil. Además, las conductas alimentarias se contagian de esta inercia. La pérdida de apetito es un síntoma común; la anorexia depresiva del lactante del tipo de la anorexia de inercia en marcada de pasividad. Muestra un desinterés por las actividades autoerótica orales, incluidas la succión de mama y el pezón, constituyéndose como un problema psicosomático central.

La naturaleza interactiva, el debilitamiento. Merma en la interacción de las iniciativas a las respuestas y demandas. Se evidencia una mirada depresiva en sus variantes temporales: la fijeza sin parpadeos, el desvío fugitivo ante el acercamiento ola toma en brazos, la expresión penetrante de una vigilancia glacial y luego el regreso a la vacuidad depresiva, extraña e inquietante.

La desorganización psicosomática. La clínica psicosomática es el lugar de encuentro más frecuente del clínico con depresión de la primera edad: 1. En la lactancia, la depresión aparece como un proceso importante de la desorganización psicomotora. 2. Las formas de somatización presentan una gran variedad que va desde las más comunes (rinofaringitis, bronquitis, diarreas), hasta las más severas y pueden atacar todos los sistemas. 3. Las depresiones generadas por la somatización son de intensidad variada: desde el gran anonadamiento depresivo hasta las formas borrosas y camufladas, incluyendo los pasajes depresivos que ritman la evolución de ciertos niños.

3.4.2 Las neurociencias y el conocimiento acerca del cerebro

Como una de las ciencias más actuales, encontramos las Neurociencias, ciencias conformadas por diferentes disciplinas como la Biología, la Química, la Física, la Electrofisiología, la Informática, la Farmacología, la Genética, entre otras disciplinas, con la finalidad de estudiar el sistema nervioso desde un enfoque multidisciplinario.

CAPÍTULO III.

Marco Metodológico



*“Somos hoy lo que hemos ido siendo en las búsquedas y esfuerzos,
personales o colectivos, estando el pasado contenido en el presente”
(Mario Peresson, 1996)*

3. Fundamentación Metodológica

“La sistematización es un proceso de reflexión sobre la práctica...orientada por un marco de análisis y por un método de trabajo... su sentido es dar cuenta de la historia del proyecto y producir un conocimiento que permita comunicar lo que ha sido su trabajo...a través de este análisis se intenta tomar conciencia de lo realizado, de las transformaciones que ha tenido el proyecto y definir así nuevas líneas de acción.” (R. Zúñiga, 1984).

La sistematización corresponde al proceso, mediante el cual, la práctica y la teoría conversan, reflexionan y supone pensar que, desde el hacer y por medio del análisis y reflexión crítica, es posible el surgimiento de nuevo conocimiento que permita retroalimentar el Proyecto Piloto Familia de Acogida Temporal del Doctor Eduardo Jaar en el servicio público de la Quinta Región, específicamente en el Hospital Dr. Gustavo Fricke en Viña del Mar.

Por otra parte, es menester señalar que, el proceso de sistematización permitirá al equipo de Chile Crece Contigo del recinto hospitalario generar por medio de los aprendizajes de la experiencia, nuevos conocimientos que les permitan reorientar el modelo de intervención por medio del análisis de los contextos programáticos, junto con los ejes conceptuales, y así mismo, generar nuevos modelos que puedan redefinir los lineamientos programáticos. Finalmente, es de cardinal importancia realizar el proceso de sistematización, puesto es imprescindible evidenciar si el modelo que se está utilizado es acorde al contexto, sobre todo porque se trata de un programa piloto.

La sistematización, posibilita el repensar, discutir y reflexionar en torno a la práctica profesional, con la finalidad de construir nuevos conocimientos, que permitan recolectar y recuperar aquellos referentes conceptuales / teóricos que sirven de base para levantar los procesos de intervención social de cara a generar cambios en la realidad social de los sujetos, bajo el precepto clásico que se basa en la **imposibilidad de desarrollar práctica sin teoría y viceversa**. Lo anterior, en adición con el contraste generado entre la experiencia cotidiana y los referentes teóricos, permite la generación de nuevos aprendizajes que sirven de puerta de entrada a nuevos procesos interventivos, basados por un lado, en lo meramente teórico- conceptual, y por otro, en aquellas variables pesquisadas en la realidad social misma, a partir de las cuales poder construir conocimiento, y así, posibilitar los procesos de transformación social tanto de los individuos, como de los grupos y comunidades.

3.1. Delimitación del Proceso de Sistematización

El presente proceso se desarrolla en torno a la sistematización del Modelo de Acogida Temporal, del Doctor Eduardo Jaar, en el alero del Programa Chile Crece Contigo de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil, en el Hospital Dr. Gustavo Fricke.

3.2. Sistema de Objetivos

3.3 Objetivo General

- ❖ Sistematizar el proyecto piloto Modelo de Familia de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar, en el Programa Chile Crece Contigo de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke, durante el período de abril a diciembre 2017.”

3.4 Objetivos Específicos

- ❖ Analizar los principales lineamientos presentes en el programa piloto Familia de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar, en el Programa Chile Crece Contigo de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke, durante el período de abril a diciembre 2017.”
- ❖ Recopilar las principales experiencias y aprendizajes de las profesionales que implementarán el Modelo de Familia de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar, en el Programa Chile Crece Contigo de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke, durante el período de abril a diciembre 2017.”
- ❖ Restructurar los lineamientos presentes en el programa piloto del Modelo de Familia de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar, acordes al Programa Chile Crece Contigo de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke, durante el período de abril a diciembre 2017.”

3.5 Colectivo Participante

Los colectivos de sistematización corresponden a los siguientes:

3.5.1 Primer colectivo:

- ❖ Equipo de Chile Crece Contigo, quienes realizarán la implementación del Modelo de Familia de Acogida Temporal del Dr. Jaar.

3.5.2 Segundo colectivo:

- ❖ Doctor Eduardo Jaar, quién realizará, en una primera instancia, la capacitación pertinente al equipo de Chile Crece y posteriormente realizará un acompañamiento y evaluación durante el proceso de implementación del proyecto piloto.

3.5.3 Tercer colectivo:

- ❖ ONG María Acoge, quienes realizarán el proceso de seguimiento e intervención social a las familias de acogida temporal

3.5.4 Cuarto colectivo:

- ❖ Familias seleccionadas para implementar el proyecto.

3.6. Muestra

Estudio de Caso Cualitativo

En el presente Proyecto de Título, se trabajará con el **Estudio de Caso Cualitativo**, que según lo señalado por Robert Stake (1995), se afirma que el caso es estudiado en su propia esencia, sin ninguna clase de manipulación por parte de quien investiga, ya que es concebido como el objeto de estudio. Por otro lado, agrega que, para la comunidad de investigadores cualitativos, el Estudio de Caso se enfoca principalmente en un conocimiento del caso a partir de la experiencia y una atención abocada a las influencias del contexto político, social, entre otros. Dicho de otro modo, el caso es único y puede referirse tanto a un individuo, como a un grupo, un programa, o una organización y, cualitativamente hablando, es una perspectiva en la cual el contexto y la delimitación de este es una entidad por sí misma: una unidad que puede ser circunscrita. En general, los investigadores cualitativos concuerdan sobre que los Estudios de Caso estudian un caso desde la perspectiva singular, temporal, limitado en forma física o social, complejo en naturaleza, y único, y de esta forma no es comparable con otros casos, evitando las generalizaciones sobre

la realidad social. Es debido a lo anterior que, se selecciona la presente técnica, ya que permite la generación de conocimientos a partir de la experiencia profesional desde múltiples aristas, considerando los contextos presentes en la realidad, al igual que los procesos de sistematización.

3.7. Criterios de Inclusión:

3.7.1 Primer colectivo:

- ❖ Equipo de Chile Crece Contigo, quienes realizarán la implementación del Modelo de Familia de Acogida Temporal del Dr. Jaar.

3.7.2 Criterios de Inclusión:

- ❖ Las personas del equipo deben expresar el deseo de participar libre y voluntariamente en el proceso de sistematización.
- ❖ Las personas que componen el equipo de Chile Crece Contigo deben encontrarse en ejercicio profesional durante el periodo actual.
- ❖ Las personas del equipo que implementarán el Modelo de Familia Temporal del Doctor Jaar.

3.8.1 Segundo colectivo:

- ❖ Doctor Eduardo Jaar, quién realizará, en una primera instancia, la capacitación pertinente al equipo de Chile Crece y posteriormente realizará un acompañamiento y evaluación durante el proceso de implementación del proyecto piloto.

3.8.2 Criterios de Inclusión:

- ❖ La persona debe expresar el deseo de participar libre y voluntariamente en el proceso de sistematización.
- ❖ Persona debe tener conocimiento sobre el Modelo de Familia de Acogida Temporal del Modelo del Dr. Eduardo Jaar.
- ❖ Persona encargada de acompañar al equipo implementador del modelo Familias de Acogida Temporal.
- ❖ Persona encargada de realizar la evaluación del equipo implementador del modelo Familias de Acogida Temporal.

3.9.1 Tercer colectivo:

- ❖ ONG María Acoge, quienes realizarán el proceso de seguimiento e intervención social a las familias de acogida temporal.

3.10.1 Criterios de Inclusión:

- ❖ Las personas del equipo deben expresar el deseo de participar libre y voluntariamente en el proceso de sistematización.
- ❖ Las personas que encargadas de seleccionar a las Familias de Acogida Temporal.
- ❖ Las personas encargadas de realizar las visitas domiciliarias a las Familias de Acogida Temporal.

3.10.2 Cuarto colectivo:

- ❖ Familias seleccionadas para implementar el proyecto.

3.11.1 Criterios de Inclusión:

- ❖ Las familias deben expresar el deseo de participar libre y voluntariamente en el proceso de sistematización.
- ❖ Las familias que tengan buena situación económica y cuente con condiciones aptas para el cuidado del recién nacido.
- ❖ Las familias que tengan una motivación altruista para ser Familias de Acogida Temporal.
- ❖ Las familias que tengan uno o más hijos.
- ❖ Las familias que no han sido Familia de Acogida Temporal en otro momento.

3.12. Técnicas con Fines de Sistematización

Las técnicas que se utilizarán para el levantamiento de información para el proceso de sistematización, estas corresponden a:

- ❖ Revisión de Documental con fines de Sistematización
- ❖ Entrevista con fines de Sistematización
- ❖ Observación con fines de Sistematización

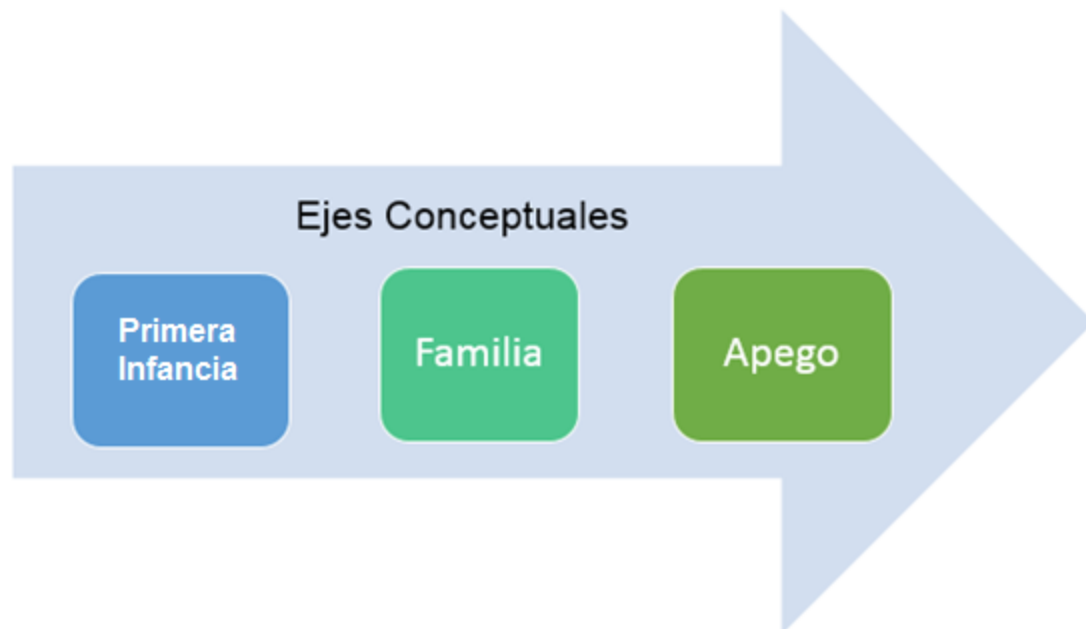
3.12.1 Revisión de Documental con fines de Sistematización

El proceso de levantamiento de información se lleva a cabo por medio de la revisión, en una primera instancia, de los ejes conceptuales que se constituyen como fundamentales para el proceso de sistematización y para su posterior análisis. Para llevar a cabo dicho proceso, se revisan documentos correspondientes al Proyecto Piloto Familia de Acogida Temporal.

Por otra parte, es posible mencionar la revisión de documentos vinculados a la institución en donde se inserta el proceso de sistematización. Además, se realiza una exhaustiva revisión documentos, a nivel nacional e internacional, relacionado con políticas en materias de infancia, lo cual permite comprender desde una visión más amplia e histórica los ejes conceptuales determinados.

La revisión acaba de documentos, permite fundamentar y sostener el proceso de sistematización. Además, permite definir el marco teórico conceptual, el cual permite sentar las bases para determinar los ejes conceptuales, de manera que permita el surgimiento de nuevos conocimientos. A continuación, se presentarán los ejes conceptuales que comprenderán el Proyecto de Título.

Figura N°10: Ejes Conceptuales del Proyecto de Título.



Los documentos revisados para fines de sistematización corresponden a:

- ❖ Comisión Nacional Chilena de Cooperación, U. (2011). Políticas Públicas para la Infancia. Santiago, Chile: Gráfica Lom Ltda.

- ❖ Crispi, J., Baranda, B., Concha, J. C., Eyzaguirre, B., Bedregal, P., Gonzales, P., Tokman, V. R. (2006). Propuesta del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia. Consejo Asesor Presidencial. Santiago, Chile: Gobierno de Chile.
- ❖ Ley de Adopción 19. 620. (5 de agosto de 1999). Diario Oficial de la República de Chile. Santiago, Chile.
- ❖ Moreno, X., Acosta, E., Bergman, V., & Héctor, H. (2006). Normativa Vigente para niños y niñas. Análisis normativo de políticas, programas y prestaciones públicas referidos al desarrollo Integral de la infancia. Primera Etapa: desde la gestación hasta los tres meses. . Santiago, Chile: Universidad Alberto Hurtado.
- ❖ Norambuena, C. S., Angélica Marín Díaz, Cárdenas, E. A., & María Gabriela Peñailillo Nuñez. (2012). Lineamientos de Acción y Coordinación Servicio Nacional de Menores · Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo. Santiago, Chile: Derechos Reservados.
- ❖ Norambuena, C. S., Contigo, U. C., & Social, M. d. (2015). ¿Qué es Chile Crece Contigo? Santiago, Chile: Gobierno de Chile.
- ❖ Pavez Soto, I. (2012). Sociología de la Infancia: las niñas y los niños como actores sociales. Revista de Sociología N° 27, 81-102.
- ❖ Repertorio de Legislación Y Jurisprudencia Chilenas. (1955). En J. U. Vial. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.

3.12.2 Entrevista con fines de Sistematización

Después de realizar un acabado análisis de todos aquellos documentos atinentes a la temática, corresponde aplicar la segunda técnica del proceso de sistematización a saber, la entrevista. La entrevista “*supone la interacción verbal y no verbal entre la persona que entrevista y la persona que es entrevistada (modalidad individual) o las personas que son entrevistadas (modalidad colectiva)*” (Castañeda, 2014). Por lo tanto, se realizan entrevistas semiestructuradas con el fin de obtener nuevos conocimientos.

En primera instancia, se aplica una entrevista a la Asistente Social de la ONG María Acoge, Paula Barroeta, con la finalidad de conocer el sistema de Familias de Acogida Especializada que se implementa en esta y demás programas de la Red SENAME implementados en la institución. En un segundo momento, se aplica el instrumento al Dr. Claudio Cisternas, Encargado de la Unidad de Pediatría Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke,

con el objetivo de dar a conocer el Proyecto Piloto de Familias de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar.

Por otra parte, se realiza una entrevista semiestructurada a Elizabeth Yáñez, Directora de la ONG María-FAE El Canelo, con el objeto de dar a conocer el proyecto, y, además, establecer una vinculación estratégica entre el Hospital Gustavo Fricke y la ONG María Acoge. Finalmente, se concertó una entrevista con Gonzalo Silva, Encargado de la Unidad de Adopción de SENAME y Hernán Medina, Encargado de la Unidad de Protección de la misma institución. Para la confección del protocolo de la entrevista semiestructurada, se utilizaron los referentes conceptuales -con sus respectivos componentes- que de manera sintética se presentarán en la siguiente tabla:

Tabla N° 1: Ejes Conceptuales

Eje Conceptual	Componente
Primera Infancia	Etapas de Desarrollo Psicoanalítico
	Etapas de Desarrollo Psicosocial
	Etapas de Desarrollo Cognoscitivo
Familia	Familia como Agente Socializador Primario
	Familia como Sistema
	Tipologías de Familia
Apego	Teoría del Apego
	Depresión

Fuente: Elaboración Propia)

3.12.3 Observación con fines de Sistematización

❖ Observación no Participante

En el desarrollo del Proyecto de Título, se utilizará como técnica la observación no participante, con el propósito conocer el proyecto en primera persona y que permita rescatar todas aquellas experiencias significativas que permitan generar nuevos conocimientos para el equipo de Chile Crece Contigo.

Criterios de Observación

- ❖ Interacción existente entre el recién nacido y la Familia de Acogida Temporal.

- ❖ Interacción existente entre la Familia de Acogida Temporal con el Equipo de Chile Crece Contigo.
- ❖ Interacción existente entre la Familia de Acogida Temporal con el Equipo de María Acoge.
- ❖ Interacción existente entre el Equipo de Chile Crece Contigo y el Dr. Eduardo Jaar.
- ❖ Interacción existente entre Equipo Chile Crece Contigo y Equipo María Acoge.

3.12.4 Plan de Análisis

El proceso de análisis de la sistematización puede llevarse a cabo por diferentes referentes, que pueden ser de forma única o combinados.

En el presente proceso de sistematización serán utilizados de manera combinada el análisis de contenido y el análisis de integración teórica-práctica. En relación al **Análisis de Contenido**, de acuerdo a la definición entregada por Castañeda, corresponde a *“aquel que permite el estudio de los documentos y materiales generados por la práctica social a partir de códigos de escritura, audio y/o imagen. Estos registros aportan a los criterios de análisis de la estructura y del sentido de las acciones desarrolladas en el proceso de intervención social.”* (Castañeda, 2014).

Por otra parte, en cuanto a al **Análisis de Integración Teórico Práctica**, es posible señalar que *“el proceso de análisis se funda en un permanente cotejo entre los componentes teóricos conceptuales y los antecedentes prácticos, dinámica que avanza hacia un relato integrado que entrelaza ambos componentes, generando un relato teorizado de la práctica y un relato operativo de la teoría.”*(Castañeda, 2014).

A continuación, se presentarán las etapas que se deben llevar a cabo para realizar el análisis con fines de sistematización:

Tabla N° 2: Pasos de combinación Análisis de Contenido y Análisis de Integración Teórico Práctica.

Tipo de Análisis	Análisis de Contenido	Análisis de Integración Teórico Práctica	Combinación Análisis
Pasos a Seguir	<ol style="list-style-type: none"> Selección de documentos y materiales a revisar (Fotografías, correspondencia, materiales educativos, registros de trabajo grupal). Revisión de documentos y materiales clasificados y levantamiento de información. Análisis de la información recopilada en función a los objetivos de la sistematización. 	<ol style="list-style-type: none"> Selección de los referentes teóricos conceptuales presentes en la sistematización. Selección de los antecedentes prácticos. Análisis integrado desde lo teórico práctico en relación a los objetivos de la sistematización. 	<ol style="list-style-type: none"> Combinación con análisis de contenido y de integración teórico Práctico. Sistematización de los resultados.

(Fuente: Elaboración Propia)

3.13 Proceso de Validación

En el proceso de validación en sistematización, es posible señalar que, para llevar a cabo el presente proceso, se *“reconoce que todas las personas que han estado involucradas directa o indirectamente en la experiencia, poseen experticia para poder entregar una opinión informada que respalde o ajuste los*

resultados obtenidos.” (Castañeda, 2014). De acuerdo a lo anterior, a continuación, se presentará los criterios pertinentes para el proceso de sistematización, los cuales corresponde a: El Juicio de Expertos, Base Ampliada de Acuerdos y la Triangulación.

Tabla N°3: Proceso de Validación: Juicio de Expertos:

Proceso de Validación: Juicio de Expertos	
Definición	“Se reconoce que todas las personas que han estado involucradas directa o indirectamente en la experiencia, poseen experticia para poder entregar una opinión informada que respalde o ajuste los resultados obtenidos.” (Castañeda, 2014).
Criterio	Experticia Profesional
Características	<ul style="list-style-type: none"> - Experticia profesional basada en el dominio temático. - Experticia profesional basada en el dominio contextual de la experiencia (programático, institucional, territorial, perfil del usuario). - Experticia profesional basada en el repertorio técnico del equipo que implementa la experiencia. - Experticia profesional basada en la responsabilidad técnica específica ejercida en la experiencia. - Experticia basada en la experiencia profesional en intervenciones sociales homólogas.
Criterio	Experticia de Personas participantes de la Experiencia
Características	<ul style="list-style-type: none"> Experticia basada en la experiencia como participante directo o directa en la experiencia a sistematizar. - Experticia basada en la experiencia como participante directo o directa en experiencias homólogas a la experiencia que se ha definido para sistematizar. - Experticia basada en la calidad de informantes claves de los dirigentes comunitarios representantes de los contextos territorial, organizacional, temático o programático en que se desarrolla la experiencia.

(Fuente: Elaboración Propia)

Tabla N°4: Proceso de Validación: Base Ampliada de Acuerdos.

Proceso de Validación: Base Ampliada de Acuerdos	
Definición	<i>“Aúna la diversidad de relatos particulares en una síntesis integrada que aspira a narrar y analizar la experiencia como una totalidad, pueden producirse naturales diferencias de parte de las personas involucradas frente a los procesos de descripción, análisis e interpretación de la misma.” (Castañeda, 2014)</i>
Mecanismo de validación	<ol style="list-style-type: none"> a. Identificación y fundamentación de la totalidad de los puntos de convergencia y los puntos de divergencia expresados por las personas participantes. b. Subrayar las convergencias presentes en los testimonios generados desde la experiencia, sin forzar posiciones únicas y sin anular las divergencias. c. Los aspectos que alcanzan convergencia se consideran validados plenamente por las personas participantes de la experiencia. Los aspectos que expresan divergencias aportan los contrapuntos y las zonas de frontera o conflicto, respetando la diversidad de opiniones y puntos de vista expresados.

(Fuente: Elaboración Propia)

Tabla N°5: Proceso de Validación: Triangulación.

Proceso de Validación: Triangulación Interna		
Definición	“Contrastación de los procesos de análisis y de los resultados obtenidos en la sistematización con referentes disponibles dentro de los límites de la experiencia particular que se sistematiza.” (Castañeda, 2014)	
Caracterización	Triangulación de Técnicas	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de documental con fines de sistematización / Entrevista individual con fines de sistematización - Análisis de documental con fines de sistematización / Observación no participante con fines de sistematización / Entrevista colectiva con fines de sistematización. - Observación no participante con fines de sistematización / Entrevista individual con fines de sistematización.
	Triangulación de Fuentes	<ul style="list-style-type: none"> – Equipo de Chile Crece Contigo. – Doctor Eduardo Jaar. – Equipo ONG María Acoge – Familias de Acogida Temporal.
	Triangulación Teórico Conceptual	<ul style="list-style-type: none"> - Infancia - Familia - Apego

(Fuente: Elaboración Propia)

CAPÍTULO V.

Análisis y Resultados.



“La infancia como hecho social es también aquello que la gente dice, piensa, o considera que es, una imagen colectivamente compartida, que va evolucionando históricamente, pero en la que coexisten visiones más o menos contradictorias”

Alfageme et al (2003).

5. Proceso de Levantamiento de Datos y Resultados

Para el desarrollo de la presente Sistematización y obtención de datos que permitan entender y comprender los procesos llevados a cabo por los programas enfocados a la protección de la primera infancia en la comuna de Viña de Mar, se utilizaron las siguientes técnicas para la Recolección de Datos, que involucran la percepción de los distintos colectivos participantes, a saber: Revisión Documental con fines de Sistematización y Entrevista Semiestructurada con fines de Sistematización.

En un primer momento, gracias al patrocinio del Hospital Gustavo Fricke y bajo la colaboración de la Asistente Social de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil, Pamela Vera Fierro, y Bárbara Retamal Díaz, Psicóloga del Programa Chile Crece Contigo, es que fue posible generar y utilizar redes con las y los profesionales representantes de las instituciones que se detallan a continuación:

Tabla N°6: Instituciones.

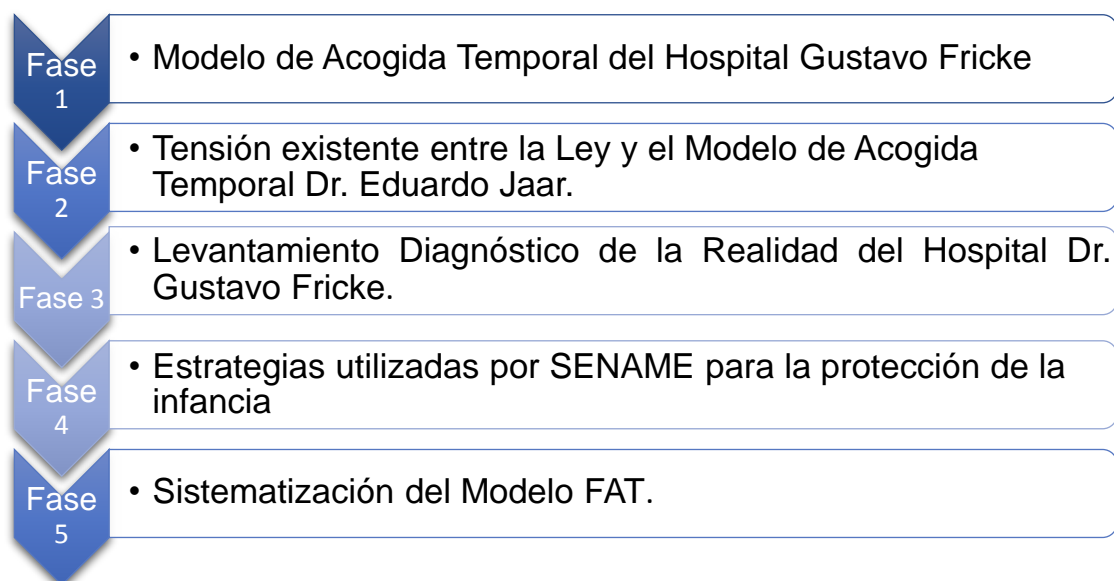
Institución	Profesión	Profesional Entrevistado
FAE El Canelo	Trabajadora Social	Paula Barroeta
Hospital Dr. Gustavo Fricke	Médico Jefe Servicio de Pediatría	Claudio Cisterna Santana
O.N.G María Acoge	Psicóloga	Elizabeth Yañez
SENAME	Psicólogo Psicólogo	Gonzalo Silva Hugo Chacón
Chile Crece Contigo	Trabajadora Social	Francisca Barria
Equipo Chile Crece Contigo	Trabajadora Social Psicóloga	Francisca Barria Bárbara Retamal
Centro de Estudios de La Primera Infancia	Médico Psiquiatra Psicoanalista	Eduardo Jaar

(Fuente: Elaboración Propia).

Por otra parte, los estudiantes se introducen en el Equipo de Chile Crece Contigo con el objetivo de levantar un proceso indagatorio e investigativo en cuanto a los lineamientos y normas técnicas que rigen y regulan el programa, así como las políticas afines a la primera infancia, con la finalidad de brindar un marco contextual y programático desde el cual articular el proceso de sistematización.

Para el desarrollo del presente Plan de Análisis se han establecido cinco fases que se dieron a lo largo del Proyecto de Título, con el fin de realizar un análisis acabado en relación a las temáticas consideradas fundamentales contenidas en cada fase. Lo anterior, permitirá transitar desde un nivel meramente descriptivo, hacia un nivel de mayor trascendencia analítica, en base a las entrevistas realizadas e investigación de las políticas públicas relacionadas con infancia. Dichas fases se presentarán en el siguiente esquema:

Figura N°11: Fases Plan de Análisis



(Fuente: Elaboración Propia)

Asimismo, cada fase será analizada por cada eje conceptual establecido, a saber: *Infancia; Apego y Familia*, otorgando una estructura que permita entrelazar las fases ya mencionadas, los ejes conceptuales y los contextos desde la experiencia. Por lo cual, al inicio de cada fase se indicará la matriz con la cual se desarrollará el análisis.

5.1 Fase N° 1 “Modelo de Acogida Temporal del Hospital Gustavo Fricke”

Tabla N°7: Fase 1

Fase 1: “Modelo de Acogida Temporal del Hospital Gustavo Fricke.”	
Ejes Conceptuales	Resumen ejecutivo
1. Infancia 2. Familia 3. Apego	“Tras la constante búsqueda de dar respuesta a problemáticas no abordables desde los lineamientos técnicos del programa, nace el “Modelo de Acogida Temporal del Hospital Dr. Gustavo Fricke”.

Uno de los roles históricos de Trabajo Social corresponde al de Gestor de Redes, este dice relación con la utilización adecuada de recursos. El profesional se posiciona en un lugar de intermediario entre los usuarios y las instituciones, ya que conoce de primera fuente la problemática de la población usuaria y al mismo tiempo es capaz de gestionar la ayuda a través de distintos organismos competentes. De acuerdo con lo anterior es correcto señalar que el Trabajador Social se constituye como el profesional idóneo para desempeñarse en el programa Chile Crece Contigo de atención secundaria, ya que debe tener una vinculación constante con diferentes instituciones para dar solución especializada a las problemáticas que llegan al hospital. En concordancia con lo anterior la Trabajadora Social señala lo siguiente:

“Es súper importante tener relación con los colegas, porque se trabaja mucho con la red, hay mucho trabajo de red en ChCC, con distintos dispositivos, con tribunales de familia, con APS, con toda la red de infancia, hay que conocer bien las instituciones de infancia {...} nuestra forma de intervenir es derivar al dispositivo competente, puede ser Atención Primaria, puede ser toda la red de infancia, OPD, PI, PPF, RPM.”

Francisca Barría, Trabajadora Social Programa CHCC.

En Chile, desde 1910 datan los primeros ápices sobre políticas relacionadas con infancia y desde ese entonces se comienzan a tomar diferentes estrategias para combatir las problemáticas que aquejaban a la primera Infancia, como la Ley de Protección a la Infancia Desvalida (1912), la cual trató de dar solución a materias de abandono, de abuso y vulneración de niños y niñas. En ese entonces, se utilizaba como estrategia la institucionalización en casa correccionales a las cuales acudían niños y niñas en situación de abandono y menores de edad que cometían algún tipo de delito. Desde este punto de partida se evidencia que las políticas pública dirigidas a la primera

infancia eran de carácter reactivas y no daban solución eficiente a las problemáticas que acaecían a la infancia por tener una mirada individualista de la misma. Tras 16 años la construcción de políticas públicas en materia de infancia avanza hasta el desarrollo del subsistema Chile Crece Contigo, el cual quiebra la mirada individualista hacia una mirada integral de la primera infancia, entendiendo que el desarrollo infantil es multidimensional y por lo tanto influyen en él aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales del niño o niña y su entorno. Para lo anteriormente señalado, las estrategias que utiliza el programa es activar, intra o intersectorialmente, los servicios o apoyos que puedan mitigar las vulnerabilidades biopsicosociales de los niños y niñas, buscando así, que todos los niños y niñas alcancen su máximo potencial de desarrollo atendiendo a sus necesidades y apoyando el desarrollo en cada etapa de la primera infancia y promoviendo condiciones básicas integrales. En otras palabras, el programa Chile Crece Contigo se fundamenta en la coordinación, articulación, derivación y monitoreo del conjunto de las intervenciones que se realizan con gestantes, niños y niñas y sus familias.

En relación con lo anterior, el equipo de Chile Crece Contigo del Hospital Gustavo Fricke, diariamente intervienen casos de graves vulneraciones en las diferentes unidades del hospital, frente a lo cual y, específicamente en los casos de abandono, el equipo no constaba con la estrategia para dar una respuesta óptima ni desde el programa en sí, ni desde su ámbito profesional. El equipo en su constante búsqueda de dar solución óptima frente a dichos casos, la psicóloga del equipo Barbara Retamal Díaz, a través de una publicación en la revista Paula del año 2014, bajo el artículo “Estas guaguas están muy solas”, donde se presentó el trabajo realizado por del Dr. Eduardo Jaar con guaguas en situación de abandono, es que surge la iniciativa de indagar dicho modelo con el objetivo de ver la factibilidad de una posible implementación en el Hospital. Tras contactarse con el autor del modelo, este fue invitado a exponer su innovadora metodología de Familia de Acogida Temporal, como muy bien expresa Barbara Retamal, psicóloga del programa:

“Nos contactamos a principios de año con el doctor Eduardo Jaar y quisimos conocer un poco más su experiencia y cómo podemos acá en Viña del Mar, en el Hospital Gustavo Fricke, atender a estos niños y hacer más por su salud mental”, señaló Bárbara Retamales, psicóloga del programa Chile Crece Contigo del establecimiento, el cual dentro de sus funciones debe velar por la estimulación temprana de los niños”.

Barbara Retamal, Psicóloga Programa CHCC. Noticia HGF 04 enero

Tras la motivación del equipo por este modelo como solución más convincente frente a la problemática, se activan las redes institucionales, culminando con el apoyo del Dr. Cisterna, jefe de la unidad de pediatría y presidente de la asociación chilena de pediatría, con la presentación del Proyecto Piloto “Implementación de Familia de Acogida Temporal, Hospital Dr. Gustavo Fricke 2017” y se da inicio al proceso de capacitación de las profesionales, específicamente a las psicólogas del programa Chile Crece Contigo, Barbara Retamal y Consuelo Turre, para lo cual asistieron un total de 12 horas, segmentadas dos jueves del mes de Julio y dos jueves del mes de Agosto. Por su parte, en la entrevista realizada al Dr. Eduardo Jaar, autor del modelo en relación con la implementación del modelo en el hospital señala:

“Sabemos que es una necesidad tremenda regional y también a nivel país, estoy bien entusiasmado con esa posibilidad que un centro tome este modelo que lo replique, que haga su experiencia, porque todos los hospitales tienen casos que son bien dramáticos, bebés que se quedan solos, que después terminan institucionalizándose. Se tiene que avanzar en este modelo, que es alternativo, que tiene efectos preventivos, que cambia muchas cosas... y el hospital está abalando el proyecto, y eso le da mucha seriedad al proyecto”.

Dr. Eduardo Jaar. Psicoanalista

El equipo de Chile Crece Contigo consideró importante entonces, contextualizar e internalizar en los profesionales del hospital el concepto fundamental del modelo, correspondiente al apego, para lo cual el equipo realizó el curso "Promoción de Apego Seguro en Niños Hospitalizados", en el cual



(Imagen N°7 Curso Promoción del Apego Seguro).

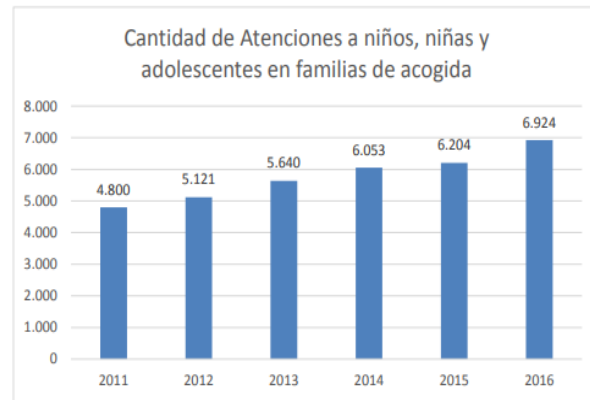
participaron médicos, profesionales y técnicos de los Servicios de Pediatría, Servicio Quirúrgico Pediátrico, Ginecología y Obstetricia, Neonatología y personal del Jardín Infantil. El objetivo fue entregar herramientas que favorecieran el apego seguro en pacientes pediátricos, mediante el despliegue de capacidades de contención y regulación emocional de acuerdo a las necesidades de cada niño y niña hospitalizados, que contemplaban las temáticas presentadas en la siguiente

Tabla N°8. CURSO PROMOCION DE APEGO SEGURO

Temáticas	Expositor/a
Bases Neurobiológicas de la Teoría del Apego.	Dra. Consuelo Quintanilla Letelier (Neuróloga Infantil)
Infancia y Políticas Públicas	Trabajadora Social. Francisca Barría Barraza
Teoría del Apego	Psicóloga. Consuelo Turres Ruiz Tagle
Efectos de la hospitalización para el niño y su familia	Psicóloga. Consuelo Turres Ruiz Tagle
¿Cómo facilitar una paternidad activa?	Psicólogo. Cristóbal Vicencio Basaez
El juego como elemento vinculante	Educadora de Párvulo. Dalila Vásquez Navia
Buenos tratos y resiliencia infantil.	Trabajadora Social Francisca Barría Barraza
Crianza Respetuosa	Psicóloga. Yanira Madariaga Baeza
Herramientas prácticas de contención emocional en niños y sus familias	Psicóloga. Bárbara Retamal Díaz
Elementos estresores del personal de trato directo asociados al cuidado permanente de pacientes pediátricos.	Psicóloga. Bárbara Retamal Díaz
Afiche “Curso Promoción Apego Seguro”	 <p>CURSO “PROMOCION DE APEGO SEGURO EN NIÑOS HOSPITALIZADOS”</p> <p>Dirigido: Médicos, Profesionales y Técnicos de Servicio de Pediatría, Servicio Quirúrgico Pediátrico, Servicio Ginecología y Obstetricia, Servicio de Neonatología y Jardín Infantil</p> <p>Objetivo: Adquirir herramientas que favorezcan la promoción del apego seguro en pacientes pediátricos, mediante el despliegue de capacidades de contención y regulación emocional, entregando elementos clave del neuro desarrollo infantil permitiendo un abordaje más acorde a las necesidades del niño/a hospitalizado</p> <p>Contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Políticas Públicas de Infancia. - Teoría del Apego. - Bases neurobiológicas del desarrollo infantil - Herramientas teórico prácticas para el abordaje emocional del paciente pediátrico y su grupo familiar. - Autocuidado del Equipo Tratante <p>Taller: jueves 01 y viernes 02 de Junio de 2017 Horario: 08:30 a 17:30 hrs. (Jornada Completa) Lugar: Hotel Queen Royal, calle 5 Norte #650, a pasos de Libertad Ficha de Inscripción disponible en http://10.6.75.43/Capacitacion/</p>

(Fuente: Elaboración Propia)

Por otra parte, según la cuenta pública 2017 de SENAME se evidencia que, en los últimos 6 años, se ha producido un aumento sostenido en la cantidad de niños, niñas y adolescentes en familias de acogida, desde el año 2011 al año 2016, cuando las atenciones a niños y niñas llegaron a 6.924 versus las 4.800 atenciones entregadas el año 2011.



FUENTE: Departamento de Planificación y Control de Gestión, 2016

Atenciones a Niños, Niñas y Adolescentes en Programas Familia Acogida 2011-2016

LINEA	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Familia Acogida	4.800	5.121	5.640	6.053	6.204	6.924

FUENTE: Departamento de Planificación y Control de Gestión, 2016

El aumento de familias de acogidas presentado en los gráficos anteriores son producto de que el sistema fortaleció el programa de familia de acogida de atención directa en menores de 3 años durante el año 2016. Es decir que, recién el año pasado el Servicio Nacional de Menores identificó la necesidad de centrar su atención en la importancia de que estos menores cuenten con una familia, considerando que esta etapa se constituye como el periodo crítico y fundamental, debido a que es la etapa de mayor vulneración en donde los niños y niñas necesitan de una figura significativa y estable, entendiendo que la familia se constituye como elemento central por la restitución del derecho de los niños y niñas de vivir en familia.

Por otro lado, una de las principales dificultades presentes en la implementación del modelo, corresponde justamente, el seleccionar la familia de acogida temporal adecuada y que responda a los requisitos planteado por el modelo, y así otorgar un ambiente adecuado para el desarrollo óptimo del niño o niña. Dicha afirmación se basa en la experiencia relatada por el autor del modelo, el cual menciona lo siguiente:

“La familia se coloca en el contexto diciendo “quizá yo no podría”, me voy a enamorar mucho y después no lo podría entregar, pero ahí están pensando en su dolor, están pensando en ellos, y bueno, hay que hacer un esfuerzo para que más que nada los adultos siempre actuemos en función de las necesidades del más pequeño, el más frágil. Hay que hacer las cosas siempre en función de ellos, aunque sea difícil para uno es lo que el niño necesita”.

Dr. Eduardo Jaar. Psicoanalista

Finalmente, se destaca el trabajo realizado por el equipo de Chile Crece Contigo del Hospital Dr. Gustavo Fricke que, a pesar de contar con las condiciones de trabajo no adecuado, desde la cantidad de profesionales en el quipo, infraestructura insuficiente, inestabilidad laboral en condición de honorarios, se destaca la gran motivación, vocación al servicio público y principalmente en la búsqueda de dar respuesta a las necesidades de la primera infancia. A demás se destaca al interior del equipo habilidades y competencias, como trabajo en equipo, capacidad de resolución de conflictos, perseverancia, resiliencia, habilidades sociales, competencias profesionales, manejo de habilidades blandas, manejo de repertorios teóricos conceptuales, compromiso, responsabilidad, el fomento de un clima laboral grato, motivación, trabajo en red, capacidad de trabajar bajo presión, manejo de recursos humanos y financieros, características reconocidas no solo por el equipo, sino por los diversos profesionales del hospital. Todas estas características mencionadas de este, un equipo que, a pesar de las situaciones adversas, son capaces de sobreponerse y buscar maneras innovadoras de dar respuesta a problemáticas como los casos de abandono que han sucedido en el hospital con el objetivo de promover y garantizar los **(Imagen N°8: Equipo Chile Crece Contigo).** derechos de los niños y niñas.



5.2 Fase N°2: “Tensión existente entre la ley y el modelo de Acogida Temporal Dr. Eduardo Jaar.

Tabla N° 9: Fase 2

Fase 2: “Tensión existente entre la ley y el Modelo de Acogida Temporal Dr. Eduardo Jaar.”	
Ejes Conceptuales	Resumen Ejecutivo
1. Infancia 2. Familia 3. Apego	El conflicto radica en que el desarrollo del Modelo Familia de Acogida Temporal infringe los lineamientos técnicos que regulan materias destinadas a la protección de la infancia.

De acuerdo con los planteamientos de Natalio Kisnerman, en su obra “*Pensar el Trabajo Social*” (Kisnerman, 1998), señala que, en la actualidad, no existe un grupo de población que reciba tantos atropellos y tratos vejatorios como los niños y niñas, aún con la existencia de leyes protectoras y adscripción a convenios internacionales, siendo en la mayoría de las vulneraciones, por parte de los propios padres. Es aquí donde el rol de Trabajo Social es fundamental por ser una profesión que, por sus principios y valores éticos, tiene la obligación de garantizar los derechos de los niños y niñas.

El Programa Chile Crece Contigo que se ejecuta en el Hospital Gustavo Fricke, está enfocado en proteger y garantizar los derechos de los niños y niñas. El equipo compuesto por dos psicólogas, una asistente social y una educadora de párvulos, que trabajan en diferentes unidades del Hospital, a saber; Unidad de Pediatría, Unidad de Ginecología; Unidad de Neonatología y Servicio Quirúrgico Pediátrico, pesquisando situaciones de vulnerabilidad para luego derivar a la red competente. Dentro de las diferentes acciones que debe realizar el equipo, es posible mencionar la intervención que deben realizar en la Unidad de Ginecología a puérperas con consumo problemático de alcohol y drogas, situación en donde el alta médica del lactante depende de la búsqueda la red más directa para sugerir al Tribunal de Familia, al pariente más idóneo para tener el cuidado personal del niño y niña. Estos casos han ido en aumento, llegando a 5 casos a la semana. Según relata la trabajadora social del Programa Chile Crece Contigo del Hospital:

“Tenemos el cálculo que son 4 casos a la semana, sin embargo, han aumentado a 5. Esos casos son bien complejos porque, por una parte, nuestro programa está enfocado en un 100% en los niños y las niñas, en proteger sus derechos, garantizar sus derechos y paralelamente, tratar de que la madre se rehabilite en un centro de rehabilitación o en un centro ambulatorio, para que pueda tratar el tema de la drogadicción.”

Francisca Barría, Trabajadora Social Programa CHCC.

Dentro de este perfil de madres es que se identifican los casos de niños y niñas que quedan en situación de abandono en el Hospital, dentro de los cuales se detectan 3 a 4 casos al año, cifra que puede ser considerada marginal si se toman en consideración la cantidad de partos atendidos al año. Sin embargo, no es menor tener en consideración dicho número, puesto que los efectos negativos que pueden tener para un bebé estar en dicha situación y más aún en un recinto hospitalario son diversos. Cabe destacar que, el Hospital no posee ningún protocolo a seguir en caso de alguna situación de abandono, ya que el protocolo relacionado con el apego es desarrollado por los y las matronas, el cual abarca un procedimiento con ambos padres, sin embargo, tras la ausencia de la figura paterna y materna o familiar directo, no es posible desarrollar este procedimiento.

Bajo este contexto, surge la iniciativa de implementar el Modelo de Acogida propuesta por el Dr. Eduardo Jaar, el cual inserta una Familia de Acogida en el Hospital. Para la implementación de dicho modelo es que el Hospital comenzó a realizar vinculación con instituciones que tratan materias de infancia, por lo cual, la primera institución con la que generó conexión fue con SENAME. Sin embargo, al presentar el modelo se identificó un conflicto para realizar dicha conexión.

El conflicto recae en lo señalado en la Ley de Adopción N° 19.620 del año 1999, específicamente en el Artículo 39, el cual señala que *“El funcionario público que revele antecedentes de que tenga conocimiento en razón de su cargo y que de acuerdo a esta ley son reservados o permita que otro los revele, será sancionado con la pena de suspensión del empleo en sus grados mínimo a medio y multa de seis a veinte unidades tributarias mensuales. En caso de reiteración de la conducta señalada en el inciso anterior, la pena será la de inhabilitación absoluta para cargos u oficios públicos en cualquiera de sus grados y multa de veintiuna a treinta unidades tributarias mensuales. La misma pena se aplicará si en razón de la revelación se ocasionare grave daño al menor o a sus padres biológicos o adoptivos.”*

La interpretación que otorga SENAME a dicho Artículo dice relación con que las Familias de Acogida no pueden ni deben conocer ni mantener ningún contacto con la Familia Adoptiva. Además de lo anterior, se plantea la necesidad de realizar el quiebre o separación de manera abrupta, con la finalidad disminuir el daño que genera este proceso en el niño o niña; es más, la notificación de la entrega del niño o niña es efectuada aproximadamente con 2 o 3 días de anticipación.

En contraposición a lo planteado por SENAME, el Modelo de Acogida de Temporal del Dr. Eduardo Jaar sostiene, en primer lugar, que la Familia de Acogida y la Familia Adoptiva puedan conocerse y ser un apoyo mutuo durante este proceso, en segundo lugar, que en el momento en el que el niño o niña deba ir con su Familia Adoptiva, ésta separación se dé de manera paulatina, y, en tercer lugar, que estas familias mantengan un contacto durante un tiempo razonable, en función del proceso de adaptación del niño niña y el tiempo que las familias estimen convenientes, pudiendo incluso forjar lazos para toda la vida.

Sin embargo, en la realidad es posible evidenciar que, en primera instancia, para que el Tribunal de Familia declare la susceptibilidad de adopción de un niño o niña en situación de abandono es de mediano plazo, es decir, el período puede fluctuar en meses o incluso años. La problemática subyace en que durante este período las y los bebés se encuentran en un limbo institucional, quedando a cargo de un personal hospitalario que tienen turnos rotativos, lo que provoca que estos bebés no puedan generar apego ni una vinculación genuina con un adulto, lo cual se sigue replicando cuando son institucionalizados en una Red SENAME. Finalmente, cuando se encuentran bajo el seno de una Familia de Acogida y forjan vínculos, estos deben cortar toda relación con esta, para llegar a la Familia Adoptiva que resultará ser la definitiva.

Por consiguiente, es posible evidenciar que los bebés se ven enfrentados a un sinnúmero de situaciones que vulneran y retrasan su desarrollo óptimo y los llevan a estados estresantes sostenidos. Como ya se ha analizado en los capítulos precedentes y en base a lo demostrado por los estudios de la neurociencia, es posible evidenciar una serie de consecuencias que se dan a nivel cerebral, por estos quiebres y cambios en el medio. Es posible observar conductas de descontrol extremo, llanto inconsolable y extremadamente intenso, comportamientos considerablemente agresivos hacia sí mismo o hacia otra persona y pasividad frente a estimulaciones del medio ambiente. Estas conductas se replican en la vida adulta y pueden inclusive llegar a comportamientos antisociales.

Por consiguiente, comprender las graves consecuencias que produce el que un recién nacido no tenga el cuidado estable de un adulto y se genere un vínculo de apego, producir otro quiebre es totalmente contraproducente, no sólo por que el niño o niña haya construido una relación con la Familia de Acogida, sino porque, su esquema de vida, sus horarios y conocimiento sobre

los bebés, lo tiene esta Familia de Acogida, es decir, SENAME plantea la completa eliminación de la vivencia del niño o niña con la Familia de Acogida, para llegar a la familia definitiva que no tiene ningún conociendo sobre el quehacer diario de los bebés, en otras palabras, se está produciendo otro fuerte quiebre irreversible y, además, se están vulnerando nuevamente sus derechos.

En relación al conflicto estipulado en la ley y la interpretación que otorga SENAME, Elizabeth Yáñez, Directora de María Acoge, institución perteneciente a la Red SENAME, menciona respecto a este conflicto:

“La unidad dice que no. No debería existir, menos en las prácticas citadas. Y si pasa, por cosas que la unidad de nosotros no podemos regular, que la familia adoptiva quiere mantener contacto con la familia de acogida, cosa que pasa, y son familias que se hacen amigos. Esto es interesante, porque tienen mayor soporte de seguridad, en el sentido de que tiene “dos papas y dos mamas, es decir, mayores redes de apoyo [...] Y en la práctica ocurre, nosotros sabemos que familias adoptivas, el día domingo, han ido a la casa de ellos porque la niña los echaba de menos, los quería ver, etc. En estricto rigor no debería, pero pasa [...]”

Elizabeth Yáñez, Directora de María Acoge

Además, es interesante lo que la Ley plantea en su Artículo N°1 en relación a la finalidad de la adopción, señalando que esta tiene por objetivo “*velar por el interés superior del adoptado,*” entonces, surge la interrogante de cómo dicho objetivo se materializa en la realidad, considerando lo planteado anteriormente en relación a la separación abrupta del niño o niña con su respectiva Familia de Acogida, es posible señalar que, en definitiva, no se velaría por el interés superior, puesto que no se estarían considerando las consecuencias negativas que tiene dicho proceso, en vez de llevarse a cabo de una manera paulatina y con la retroalimentación de la Familia de Acogida a la Familia Adoptiva.

Respecto a las consecuencias de la carencia de una vinculación en los primeros años de vida, Elizabeth relata:

“Nosotros tuvimos tres hermanitos, que deben haber estado un año y tanto en COANIL, y eso es mucho tiempo. Aunque la atención médica es excelente, pero por ejemplo los niños que son más grandes están todos en un corral. Y en este caso cuando los fuimos a buscar, el salir a la calle para ellos, niños de tres años, era encontrarse con “monstruos”, las micros y los autos, el ruido, un perro etc., no saber bajar una escala, por estar acostumbrados a solo caminar en terrenos planos, es decir, el proceso de adaptación al contexto en que ellos están, en ellos era evidentemente muy reducido. Entonces el poder mantener figuras de vínculo con los niños mientras están en ambiente hospitalario, mientras más rato pase va a ser mejor para el niño en términos de desarrollo, incluso de su estado inmunológico.”

Elizabeth Yáñez, Directora de María Acoge

En relación al mismo artículo, tampoco se estaría respetando el derecho de los niños y niñas de vivir en familia. La familia se constituye como el agente primordial para dar los cuidados apropiados que los niños y niñas necesitan, además de ser un componente fundamental para que puedan desarrollarse de manera óptima en la vida adulta. Lo anterior es manifestado en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, la cual declara lo siguiente:

“Convencidos de que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad.”

Asimismo, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 2° del Acta Constitucional N°2, *“la familia es el núcleo fundamental de la sociedad, correspondiendo al Estado protegerla y propender a su fortalecimiento”*, es decir, el Estado de Chile considera a la familia como el eje central que articula la sociedad, y por ello, es responsabilidad y obligación de este velar por ella. Por ende, al no estar presente dicho núcleo central, las acciones mediante las cuales se aborda la carencia, es a través del proceso de adopción, el cual, se encuentra contenido en el Artículo N°2 de la Ley N°19.620 de 1999, en relación a los ejes de acción de SENAME, se establece en la letra “a” de su primer inciso, que el principal foco corresponde a los niños, niñas y adolescentes que se encuentren vulnerados en sus derechos, especialmente cuando esta situación tenga como causa principal, la falta de una familia u otra persona responsable legalmente que pueda hacerse cargo de su cuidado personal.

Como se ha señalado, el Estado ha tomado las acciones correspondientes para cumplir de manera óptima la ratificación de la Convención Internacional

de los Derechos del niño. Sin embargo, en la realidad es posible evidenciar una falencia e incumplimiento al artículo 2 de la ley; los recién nacidos en situación de abandono para poder gozar de su derecho de vivir de familia, deben esperar primero que el Tribunal declare la susceptibilidad de adopción, y este período puede prolongarse a incluso años, por lo cual, estos menores quedan institucionalizados en algún recinto de la red SENAME sin recibir los cuidados necesarios y fundamentales en esa edad y menos el cobijo de una familia. Bajo este panorama, surge la interrogante sobre si la familia realmente se constituye como un eje fundamental, tal como lo declara la Constitución, entonces ¿Por qué no se está garantizando el derecho de los niños y niñas de vivir en familia? Quizás esta situación se dé de manera indirecta o por la existencia de vacíos legales que permiten esta situación.

Sin embargo, hay una condición transversal: el Derecho de vivir en Familia. Tal como lo indica Elizabeth Yáñez, Directora de María Acoge en relación a los recién nacidos que se encuentran en situación de abandono en el hospital. Ella señala:

“Un niño que pase una, dos semanas, un mes o cinco meses en un ambiente hospitalario, que por muy buenas intenciones que tenga el personal es que el deterioro no va a ser menor. Para quienes han estado con niños hospitalizados en COANIL, uno se da cuenta que el deterioro es tremendo, porque el ámbito hospitalario es el ámbito hospitalario”.

Elizabeth Yáñez, Directora de María Acoge

En este sentido, si el Estado considerara este derecho como fundamental e intransable, no habría espacio para las vulneraciones acaecidas hasta ahora, tal como lo señala la Ley en sus primeras páginas, entonces procuraría que cualquier niño o niña en situación de abandono desde el día en que nace tenga una familia, ya sea de Acogida o la Definitiva. Asimismo, procuraría también, que el tiempo para que los menores fuesen adoptados sean los más acotados posibles, teniendo en consideración que la primera infancia se constituye como un período crítico en donde los niños necesitan recibir una estimulación adecuada para lograr un desarrollo motor, cognitivo, emocional y físico óptimo. Lo anterior, se da en el seno de una familia que tenga las condiciones y dedicación para hacerlo y no en instituciones donde los menores son atendidos por profesionales con turnos rotativos y que deben atender a más de 10 niños durante el día.

Para finalizar el análisis de la presente fase, es importante mencionar que, la reunión efectuada con SENAME frente a la innovadora propuesta para

ejecutar el Programa de Familia de Acogida del Dr. Eduardo Jaar, en colaboración y bajo el alero de SENAME, se rechazó, ya que, bajo la interpretación que le otorga el Servicio Nacional de Menores a la Ley de Adopción, ésta estaría transgrediendo dicha ley. Además, es posible mencionar que la ley data del año 2002, la cual se constituye, a nuestro parecer, como una ley que no está respondiendo adecuadamente a las necesidades y problemáticas que actualmente afectan a los niños y niñas.

5.3 Fase N°3: “Levantamiento de Diagnóstico de la Realidad del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Tabla N°10: Fase 3

Fase 3: “Levantamiento Diagnóstico de la Realidad del Hospital Dr. Gustavo Fricke.”	
Ejes Conceptuales	Resumen Ejecutivo
1. Infancia 2. Familia 3. Apego	La carencia de protocolos y/o estrategias de abordaje de la problemática de abandono, se presenta como oportunidad para la búsqueda de alternativas innovadoras que den respuesta a la temática.

El Trabajo Social se constituye como una profesión que presenta una gran gama de áreas de intervención y sujetos de intervención, producto de una formación de pregrado que se ha ido adaptando constantemente a las actuales problemáticas. Sin embargo, a pesar de tener un gran bagaje de conocimientos teóricos, prácticos y metodológicos, se enfrenta a la problemática de la carencia de especialización en una materia particular desde el mismo pregrado, ya que se manejan de manera genéricas las temáticas. Además de la presencia de teorías que se encuentran desactualizadas, o derechamente obsoletas en materia de infancia. En relación, específicamente con la temática del abandono, no existe un protocolo de cómo debe actuar la o el Trabajador Social en estas situaciones y en relación al aula en sí misma, se evidencia la carencia de una actualización de repertorios teóricos que aborden la temática, no tan solo desde el pregrado, sino que además, desde el mismo desarrollo de la profesión, debido a la gran demanda que poseen los y las profesionales, específicamente en el sector salud, donde se debe dar cumplimiento a requerimientos de corte administrativo, de atenciones y gestiones en terreno, configurándose como un factor que va en directo desmedro de la posibilidad de especializarse en la temática de infancia, y por añadidura, del abandono.

Sin embargo, y pese a lo anterior, se establece como un imperativo ético de las y los trabajadores sociales el buscar los espacios de formación, incluso desde la autogestión, con la finalidad de procurar, por medio de la intervención profesional que, la familia sea capaz de ofrecer un espacio incondicional de confianza y seguridad al menor, donde este pueda expresar sus emociones y reparar el daño que ha sufrido como consecuencia de la desprotección que ha vivido. Cuando el menor encuentre un entorno estable y de referencia que le proporcione afecto incondicional, que lo comprenda y sea sensible a sus necesidades, que pueda prestar apoyo personalizado y acepte con respeto las experiencias que ha vivido en el pasado, sólo así, los niños y niñas podrán

mirar hacia el futuro, reivindicar su derecho de vivir en familia y reconstruir su vida.

En cuanto a los espacios de formación emanados desde la autogestión de los Trabajadores Sociales y demás profesiones involucradas en la intervención de los casos de abandono, es que nace el Modelo de Acogida Temporal, por iniciativa del equipo del Programa Chile Crece Contigo. Este programa tiene como objetivo principal promover y garantizar el desarrollo integral de la primera infancia, a través del despliegue de diferentes estrategias llevadas a cabo por un equipo multidisciplinario con roles y tareas establecidas de acuerdo a los objetivos del programa. En relación, específicamente, al rol de Trabajo Social en el programa Chile Crece Contigo del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, la Asistente Social relata su quehacer profesional en las diferentes unidades que abarca el programa Chile Crece Contigo.

“En Ginecología es preponderante el rol del Trabajador Social, porque en dicha unidad se deben judicializar casos, por lo cual, todo el proceso de judicialización, por ejemplo, la entrevista se hace en dupla psicosocial, a la mamá del bebé, después hay que tratar de hacer la entrevista en dupla con el grupo familiar, pero lo que es la redacción de la mediación de protección, la presentación a la audiencia, coordinar los traslados con los bebés, darle información a los colegas, eso todo lo hace el trabajador social”.

Francisca Barría, Trabajadora Social Programa CHCC

Por lo tanto, es posible establecer que el rol desarrollado por la Trabajadora Social del programa corresponde a: Identificación del caso y sus padres, recabar información respecto a la situación social (antecedentes familiares, económicos, vivienda), la orientación y articulación de redes que potencien la satisfacción de necesidades del niño y su familia, la entrega de información respecto a trámites judiciales (Ej: Reconocimiento de paternidad, pensión de alimentos, relación directa y regular) y realizar solicitudes de Medidas de Protección según factores de riesgo, en los casos que corresponda.

El rol que realiza la Trabajadora Social en dicho programa es fundamental debido a que se enfrenta a constantes situaciones de vulneraciones a la infancia, ya que el programa atiende constantemente a puérperas con consumo problemático de alcohol y/o drogas durante la gestación, con un riesgo psicosocial alto, que por su propia naturaleza, demandaba realizar un trabajo en red con los tribunales de familia competentes, y la búsqueda de la red familiar más próxima, con la finalidad de tramitar el cuidado personal del recién nacido. Sin embargo, la extensión de dichos procesos legales implica

que los recién nacidos no puedan ser dados de alta, debiendo permanecer al interior del hospital.

Según la información recopilada por las profesionales, es que se puede establecer un perfil de madres que abandonan a sus hijos en el Hospital Gustavo Fricke. Dentro de las características de dicho perfil es posible mencionar que corresponden en su mayoría a mujeres entre 25 y 35 años con abuso problemático de drogas y alcohol durante el embarazo, sin un correcto control de embarazo en atención primaria, generalmente tienen más de un hijo o hija, se visualizan incompetencias parentales derivadas del abandono de uno o ambos padres (vulnerabilidad transgeneracional), experiencias de negligencia o violencia severa, maltrato físico y emocional, falta de destrezas parentales para el cuidado y la crianza, alteraciones psiquiátricas en los progenitores o delictuales, poca estructura y definición de roles al interior de la familia.

Por otro lado, el apego se constituye como el vínculo entre un bebé y una figura cercana que, generalmente, suele ser la madre o el padre, los cuales le entregan seguridad y protección en momentos de estrés y vulnerabilidad. Sin embargo, este vínculo no puede crearse en una institución hospitalaria, ya que el personal no está capacitado ni tampoco puede crear lazos con las y los bebés, más que asistirlos en lo relativo a temáticas de salud que demanden, como lo expresa Elizabeth Yáñez:

“Para quienes han estado con niños hospitalizados en COANIL, uno se da cuenta que el deterioro es tremendo, porque el ámbito hospitalario es el ámbito hospitalario.”

Elizabeth Yáñez, Directora de María Acoge

Esta situación es posible de constatar en el quehacer cotidiano del Hospital Gustavo Fricke, el cual posee toda la tecnología y profesionales para atender a las y los usuarios en el área biomédica, sin embargo, en temáticas sociales y emocionales se evidencia una insuficiencia para abordaje de estas, sobre todo en recién nacidos, que atraviesan por periodos críticos para su potencial desarrollo. Lo anterior lo señala, el Dr. Claudio Cisterna Santana, Jefe de la Unidad de Pediatría, el cual menciona al respecto:

“Lo que podemos atender como hospital es lo biomédico, pero la parte social o afectiva no tenemos como atenderla”.

Dr. Claudio Cisterna Santana, Jefe de la Unidad de Pediatría

Por lo tanto, se evidencia, por un lado, la insuficiencia del modelo biomédico al momento de abordar la temática del abandono, la cual, no puede ser entendida desde el espectro biológico, ya que los sujetos poseen 3 dimensiones mediante las cuales es posible obtener una visión integral de ellos mismos, y de las problemáticas que los aquejan, es decir, los sujetos se definen como seres biopsicosociales, y por ende, necesitan de una atención integral, sobre todo, orientada a la vinculación.

Por otro lado, y en adición a lo anterior, se evidencia la inexistencia de un protocolo en casos de abandono de recién nacidos, enfocado a temáticas de apego, ya que, como se mencionó en el fragmento, el modelo biomédico no posee herramientas de ninguna clase para dar respuesta a temáticas que se alejen de los procesos de salud – enfermedad, ya que comprende a los sujetos desde una mirada unidimensional.

Sin embargo, y pese a la inexistencia de mecanismos mediante los cuales poder abordar las temáticas relativas al abandono de recién nacidos, los distintos miembros de los equipos de salud del hospital, encabezado por el equipo del Programa Chile Crece Contigo, han generado instancias a través de las cuales se busca instalar en el ideario colectivo de los profesionales del centro de salud señalado. Las instancias



(Imagen N°9: Equipo Chile Crece Contigo en FERIA de Promoción de Lactancia Materna HGF)

mencionadas, se materializan en capacitaciones intrahospitalarias, orientadas a discutir y valorizar la importancia del apego seguro, especialmente en los primeros años de vida, además de la realización de actividades como la feria de lactancia materna, la cual encabezada por el Equipo Chile Crece Contigo y los Servicio de Pediatría, Neonatología y Maternidad, entre otros, desarrollaron una serie de charlas educativas para los padres de niños hospitalizados e invitaron a las madres a compartir una selfie por la lactancia materna. Todas estas actividades finalizaron con un emotivo acto en el frontis del hospital donde padres relataron su experiencia con la lactancia durante la hospitalización de sus hijos.

Dalila Vásquez, educadora del Programa Chile Crece Contigo, y de acuerdo a lo publicado en la noticia de área de comunicaciones y vinculación con el medio del hospital, explica que “fue un trabajo conjunto. Se realizaron diversas charlas educativas para los papás que estaban con sus pequeños hospitalizados. Variamos las temáticas y para finalizar hubo una feria

educativa donde participaron los diferentes servicios y vinieron las mamás de “Yo Porteo Quinta Región”, quienes bailaron con nosotros y, además, se realizó la premiación de la selfie de la lactancia materna que tenía como objetivo promover la lactancia” comentó. En relación al concurso de selfies la ganadora fue Viviana Olivares, quien envió su fotografía acompañada de la siguiente frase “En la semana mundial de la lactancia materna. Celebro 1 año y 10 meses de amamantamiento. Dar leche, dar teta, es bueno y beneficioso para nosotras. Mi cuerpo es una obra divina perfectamente diseñada para alimentar a mi hija el tiempo que se nos de hacerlo. ¿Hasta cuándo? ¡No sé! No tenemos prisa”. como bien señala el presente fragmento de la Trabajadora Social de Chile Crece Contigo, Francisca Barría:

“También realizamos una capacitación que se denominó “promoción de apego seguro”, sobre la importancia del apego, de la construcción del apego, porque muchas veces se piensa que cuando el bebé nace si la mamá lo toma o no lo toma y que eso en particular define el apego, no es así, el apego es una construcción de vida. Entonces también tratamos en el fondo de informar y también de educar a los profesionales respecto del tema del apego y de la importancia del tema de los vínculos como a través de la lactancia materna[..].”

Francisca Barría, Trabajadora Social Programa CHCC.

De acuerdo al fragmento anterior, es pertinente señalar que, pese al predominio del modelo biomédico y la deficiencia en el abordaje de temáticas ajenas a la biología, se ha constituido en un esfuerzo del equipo de salud del hospital, formarse, capacitarse y educarse en las temáticas relativas a variables de corte psicosocial, en este caso, en aquellas temáticas ligadas a la infancia, y dentro de esta, la importancia y relevancia para la vida adulta del desarrollo del apego seguro, y de qué manera es posible contribuir o brindar las condiciones para que este vínculo pueda desarrollarse de forma óptima, para ello es necesario generar programas que den una protección a la infancia a cabalidad.

Lo anterior es un llamado de atención a las autoridades, directivos, profesionales y sobre todo al Trabajo Social para rescatar la esencia y la riqueza que tiene la infancia como base fundacional de toda sociedad atendiendo a que, ciertos valores propios de la niñez, como la transparencia, la solidaridad, la no violencia, el cuidado del ambiente y la posibilidad de generar fantasías y soñar, son esenciales para el colectivo social, ya que ellos corresponden al futuro de nuestra sociedad y por ende es un imperativo brindar una atención integral.

En base a la experiencia de los estudiantes insertos en el programa Chile Crece Contigo, es posible constatar que, se evidencia la existencia de sobrecarga laboral, que como se mostró anteriormente la Trabajadora Social, debe estar presente en los cuatro servicios, aparte de realizar atención espontánea, realizar certificados de asistencia y atención de casos de emergencia, considerando que su jornada laboral es de 33 horas semanales, lo cual, debido a la gran demanda de casos sociales que ingresan al Hospital, la profesional no da abasto debiendo alargar su jornada laboral sin ninguna remuneración adicional. Cabe destacar que, la implementación del modelo no considera una remuneración adicional, por lo que demuestra el compromiso real del equipo por entregar una atención eficaz y por resguardar los derechos de la infancia.

Otro aspecto importante a señalar corresponde a la carga emocional que conlleva trabajar con infancia, ya que la mayoría de las intervenciones corresponden casos de alta complejidad lo que produce un gran desgaste emocional para los profesionales, lo cual implica una importante rotativa de profesionales. Se destaca la ausencia de espacios para el autocuidado de los profesionales, que, si bien se indican en los estatutos, por falta de recursos no se realizan. De acuerdo a la sobrecarga emocional que significa trabajar en el programa, la Trabajadora Social comenta:

“En el Hospital trabajas hartas problemáticas bien complejas y también hay una cuota de dolor bien importante y eso hace que los profesionales se disocien y se centran en lo profesional, no hago vínculo con el paciente, pero igual es relevante hacer vínculo con el paciente, porque antes que profesionales también somos seres humanos”.

Francisca Barría, Trabajadora Social Programa CHCC.

5.4 Fase N°4: “Estrategias utilizadas por SENAME para la protección de la infancia”

Tabla N°11: Fase 4

Fase 4: “Estrategias utilizadas por SENAME para la protección de la infancia.”	
Ejes Conceptuales	Resumen Ejecutivo
1. Infancia 2. Familia 3. Apego	El cambio de paradigma significó transitar desde comprensión de la infancia como Objeto de Derecho hacia un entendimiento de los niños y niñas como Sujeto plenos de Derecho, para lo cual se establecieron diferentes estrategias tendientes a la protección integral de la infancia.

La ratificación por parte de Chile de la Convención Internacional de los Derechos del Niño en el año 1990 marca un precedente en la historia, puesto que significó una modificación del ordenamiento jurídico – político con la finalidad de dar cumplimiento a los derechos consignados en la convención y generar estrategias para la protección de la infancia. Esto quiere decir que, el Estado adopta una mirada de enfoque de derechos, lo cual obliga a observar la realidad desde el relevamiento de la responsabilidad del Estado como garante principal de derechos; la certeza de que los sujetos de derechos pueden y deben exigir / reclamar sus derechos; la existencia de obligaciones legales por parte de los garantes, expresadas en los instrumentos internacionales de derechos humanos; y el reconocimiento del niño y la niña como sujeto y actor social. El enfoque de derechos es en definitiva un conjunto de propuestas, que se hacen efectivas a través de su aplicación sistemática y completa, teniendo una clara visión de los modos de intervención que se han de utilizar, el rol que cumplirán en ellas los niños y las niñas, las formas de medir los logros alcanzados, y la sustentabilidad de los cambios buscados. Cuando se trabaja con este enfoque, de acuerdo a lo establecido por la Convención de los derechos del niño (Convención de los derechos del niño, 2005), a lo menos en términos teóricos, se tienen una serie de beneficios, siendo algunos de ellos:

- El **acuerdo internacional y legitimidad**, expresados en un marco jurídico internacional que comparten los gobiernos y la sociedad civil. Este marco se puede traducir en estándares acordados por la mayoría de los países del mundo.
- Un **objetivo de largo plazo**: el cumplimiento de los derechos humanos, el cual puede ir siendo medido a medida que se avanza hacia su logro.

- La exigibilidad de la **rendición de cuentas**, que expresan claramente las responsabilidades de los gobiernos, y de todos los actores que intervienen en los cambios societales.
- El proceso de **empoderamiento**, entendido como el proceso de asunción de sus propias capacidades, habilidades y potencialidades que viven las personas y que se requiere **para el pleno ejercicio de derechos**. En otras palabras, lograr la participación activa de los grupos menos favorecidos y más vulnerados en las sociedades, para alcanzar justicia social, no-discriminación y desarrollo de los sectores pobres, es decir, inclusión y no marginación.
- El objetivo de alcanzar **la equidad**, para lo cual se trabaja intencionadamente por la justicia, la igualdad y la libertad, principios fundantes de los derechos humanos, lo que obliga a enfrentar problemas de poder que están a la base de la inequidad, la pobreza y la explotación.
- Un mayor impacto y eficacia, debido al énfasis que pone en la rendición de cuentas, el pleno ejercicio de derechos y la participación activa de los distintos actores sociales.
- Un enfoque holístico, que permite trabajar sobre la integralidad de la cuestión a enfrentar y no parcelizar y/o atomizar ya sea la realidad o a las personas que la viven.

Otro hecho importante a considerar, que marca un antes y un después en Chile, dice relación con el cambio de paradigma sobre la infancia; los niños y niñas transitan desde una posición de objetos de derecho, que de acuerdo a lo planteado por Gaitán (Lourdes Gaitán, 2006), quiere decir que *“Los niños pueden entenderse como componentes de grupo minoritario, caracterizado por encontrarse todos sus miembros por debajo de una edad. La condición de minoría social comporta una discriminación en materia de derechos, acceso al poder, bienestar y prestigio, así como una subordinación al grupo dominante”*. Por lo tanto, los niños y niñas eran entendidos como personas pasivas, como un ser sumiso, subordinados, que debía estar bajo la tutela de un adulto. Esta concepción, luego de la Convención de los Derechos del Niño, evoluciona hacia un plano de sujetos plenos de derecho, lo que significó el reconocimiento de necesidades especiales de estos, y a raíz de aquello, avanzar en diversas instancias orientadas a la solución de dichas necesidades.

Entender a los niños y niñas como sujetos plenos de derecho, significa comprenderlos como sujetos sociales, como parte de un colectivo y de un grupo social. Por lo tanto, deja de visualizarse la infancia desde un plano

individual y como un sujeto en proceso de preparación, inmaduro, incompleto, incapaz, centrado meramente en su etapa de desarrollo. Por lo cual, se evidencia una evolución de una concepción individualista a entenderlos como parte de un tejido social y cultural, y, por ende, como sujetos activos, públicos y como parte de un colectivo. Se deja de tener una visión victimizadora y asistencialista de la infancia, constituyéndose como sujetos plenos, capaces de proponer soluciones a las situaciones de vulneración en que viven, donde pueden tomar parte activa en la toma de decisiones en cuanto a temáticas que le competen y afectan. Por consiguiente, se entiende que los niños y niñas se convierten en actores sociales; en ciudadanos, e indudablemente esto nos invita a reflexionar sobre las relaciones de poder asimétricas que se da entre adultos y los niños y niñas y en las formas de participación, ya que como se ha mencionado, es fundamental integrarlos en todo momento en las situaciones que les afecta, escuchar lo que quieren decir y validarlos como sujetos y ciudadanos plenos de derechos.

Por otra parte, de la Convención de los Derechos de Niños y Niñas de 1989 se desprenden cinco postulados que, aunque claramente diferenciados, son complementarios entre sí, y la ausencia de uno de ellos desvincula la aparición de los demás. Es fundamental que estos principios orienten el Trabajo Social en la intervención con niños y niñas, estos principios corresponden a:

1. La promoción de la infancia como sujetos activos y capaces de la sociedad, y, por tanto, de todos los aspectos relacionados con su bienestar.
2. La protección de la infancia, delante de cualquier acción que pueda derivar en una situación de riesgo social.
3. La prevención de situaciones de malos tratos, negligencias, pobreza, analfabetismo, etc, como elementos claves del desarrollo de los niños y las niñas, y la disminución de la prevalencia de las situaciones de riesgo social en la infancia.
4. La provisión de servicios para niños y familias, de actividades, programas y que faciliten el desarrollo biopsicosocial de la infancia.
5. La participación social de niños, adolescentes y familias en los programas e instituciones de las que forman parte de manera activa. A estos les añadiría las perspectivas de infancia en las políticas sociales.

Por consiguiente, estos cinco postulados deben confluir en la conceptualización de una nueva mirada sobre la infancia y un nuevo enfoque del Trabajo Social en este ámbito, el cual debe conocer cabalmente los derechos y responsabilidades de los niños y niñas. Asimismo, la o el trabajador

social ocupa un rol fundamental en ser el profesional que debe velar y garantizar el derecho de los niños y niñas, utilizando todas las estrategias y redes que tenga al alcance para asegurar que no se vulnere ningún derecho. Respecto a lo anterior, Francisca Barría, trabajadora social del hospital, señala que:

“{...} estamos hablando que, como los niños a veces no tienen esos conocimientos y de cómo funciona el sistema, nosotros somos los encargados de ser la voz y garantizar sus derechos. {...} es súper importante tener relación con los colegas, porque se trabaja mucho con la red, hay mucho trabajo de red en ChCC, con distintos dispositivos, con tribunales de familia, con APS, con toda la red de infancia, hay que conocer bien las instituciones de infancia”.

Francisca Barría, Trabajadora Social Programa CHCC

En la actualidad, la intervención llegada a cabo por los profesionales obedece a una lógica biospsicosocial, con la finalidad de otorgar una atención integral y de calidad.

Por lo cual, este modelo exige que, la o el trabajador social que se encuentre inserto en el Programa Chile Crece Contigo en atención secundaria, tenga conciencia de todas las áreas que competen a la infancia, siendo una de las más importantes el apego, el cual se configura como una necesidad básica de todo ser humano y que es determinante para el desarrollo biopsicosocial de todos los sujetos. Además, es fundamental tener conocimientos acabados sobre los programas articulados por SENAME y su RED, para lograr una intervención adecuada, procurando reivindicar los derechos de los niños y niñas. Por lo tanto, el Hospital, a través del equipo Chile Crece Contigo, utiliza todas las herramientas posibles en situación de niños en estado de abandono, sin embargo, se evidencia la ausencia de políticas y estrategias para abordar la temática, y los programas existentes abocados a la infancia, no dan respuesta a la necesidad básica de vivir en familia desde el nacimiento.

En relación a lo anterior, el Estado ha tomado las acciones correspondientes para poder dar solución a esta problemática y, a través del Decreto Ley N°2.465 de 1979, crea el Servicio Nacional de Menores, el cual tiene dentro de sus competencias primordiales, la obligación de garantizar y proteger los Derechos de todos los niñas y niños. En relación, específicamente, al derecho de vivir en familia, es que se ha dispuesto la Ley de Adopción N°19.620 del año 1999, que se encarga de la protección integral de niños, niñas y adolescentes, que, dentro de sus áreas de desempeño, se posicionan los Programas en Materias de adopción, que tiene como principal objetivo

restablecer el derecho del niño o niña a vivir y desarrollarse en el seno de una familia. Estos programas corresponden a: Programa de Adopción Global (PAG); Programas de Reparación del Abandono para la integración de niños/as Institucionalizados/as en Familia alternativa a la de origen: (PRI); , Familia de Acogida Simple: (FAS); Residencias de Protección para el niño/a que está por nacer con Progenitora en Conflicto con Maternidad: (RPF); Residencia de Protección para Lactantes: (RPL); Programa Fortalecimiento de la Parentalidad Adoptiva: (FPA).

De acuerdo a los datos de los siguientes cuadros, pertenecientes a la cuenta pública 2016 se evidencia el número de atención realizadas por SENAME, separadas por las diferentes áreas de acción de este.

Área	Atenciones Año 2016	%
Adopción	728	0,3%
Protección de Derechos	230.954	87,4%
Justicia Juvenil	32.396	12,3%
Total General	264.078	100%

FUENTE: Departamento de Planificación y Control de Gestión, 2016

Como se observa en la tabla, la mayor cantidad de atenciones durante el año 2016 con un 87% del total general de atenciones, corresponde al área de Protección de Derechos equivalente a 230.954 atenciones. Sin embargo, dicha área se descompone según la siguiente tabla del Departamento de Planificación y Control de Gestión de SENAME en las siguientes líneas y/o programas:

Distribución de atenciones de Línea Protección de Derechos

Línea Protección de Derechos	Atenciones	%
ADMINISTRACIONES DIRECTAS		
AD-ADMINISTRACION DIRECTA SENAME	2.598	1,1%
FA - PROGRAMAS DE FAMILIAS DE ACOGIDA	6.924	3,0%
D - DIAGNÓSTICO	40.074	17,4%
O - OPD	65.919	28,5%
P - PROGRAMAS	104.974	45,5%
R - CENTROS RESIDENCIALES	10.437	4,5%
Total General	230.954	100%

FUENTE: Departamento de Planificación y Control de Gestión, 2016

No obstante, a pesar de poseer una amplia gama de programas dirigidos a la restitución del derecho de vivir en familia, actualmente ninguno de ellos se ocupa de la realidad de los niños y niñas recién nacidos en situación de abandono, es más, se establece la carencia de programas o protocolos de carácter intrahospitalario relativos a la temática señalada. Lo anterior, es de cardinal importancia al considerar que en cuanto a las políticas de infancia,

quien más protección necesita, es el que menos se encuentra presente a través de planes y/o programas, lo que se configura como una fisura importante en la protección de niños y niñas, ya que estos no pueden valerse por sí mismos, y por lo tanto, tampoco son capaces de hacer valer sus derechos, por lo cual, dependen absolutamente de un adulto, frente a lo cual, la Trabajadora Social del Programa CHCC señala lo siguiente:

[..] hay adultos que tienen que garantizar los derechos de los niños, porque los niños por sí mismos, son sujetos, pero no pueden garantizar sus derechos, por el tema de que no toman decisiones, los adultos y los profesionales somos los que tenemos el deber de garantizar esos derechos y también ser la voz de los niños”

Francisca Barría, Trabajadora Social Programa CHCC.

Por lo tanto, es necesario problematizar sobre la insuficiencia de la política pública en materias de recién nacidos en situación de abandono, con la finalidad de generar propuestas, planes o programas que puedan dar una solución real a la problemática.

En relación a las estrategias utilizadas por SENAME para la protección de los derechos de los niños y niñas, específicamente aquellas orientadas a la restitución del derecho de vivir en familia, es que se ha dispuesto la Ley N°19.620, que regula las materias de adopción. Por su parte, la ley señala que SENAME puede llamar a concurso público a diferentes instituciones públicas y privadas para la ejecución efectiva de los diversos programas ofertados por esta; una de esas instituciones, corresponde a la ONG María Acoge, cuyo foco de intervención corresponde a lo señalado por su directora, Elizabeth Yáñez:

“En términos de intervención diría que rige el derecho del niño a vivir con su familia. Hacemos la distinción, porque vivir en familia no es vivir en cualquier familia, sino es el derecho del niño a vivir con su familia”.

Elizabeth Yáñez, Directora de María Acoge

Según lo recientemente expuesto, se establece una relación directa entre el requerimiento de la ley y los objetivos de intervención de la ONG señalada, en cuanto a la importancia de la familia para el niño o niña. Sin embargo, esta red se vincula cuando la o el recién nacido ya tiene meses o años, por lo tanto, el período crítico para generar apego y potenciar desarrollo físico, cognitivo y emocional se ve afectado. Por lo cual, es de vital importancia generar programas que operen desde el momento que nace el niño o niña o cuando la institución tiene conocimiento de que la madre quiere darlo en adopción, con

la finalidad de evitar los efectos nocivos en los niños emanados desde situaciones de abandono, al tener una familia disponible para recibirlos desde el momento en el cual son abandonados. Por tanto, es responsabilidad del Estado, a través de SENAME, trabajar en la implementación de programas tendientes a articular acciones frente a situaciones de abandono, brindándole al niño o niña, una familia en la cual poder desarrollarse de manera óptima.

De acuerdo a las Bases Técnicas emanadas desde SENAME, en conformidad con la Ley N°20.032 del año 2005, establece un sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores de dicha institución, así como el sistema de subvenciones. Dentro de dicha red, la ONG María Acoge se adscribe dentro del Programa de Familia de Acogida Especializada (FAE) de SENAME.

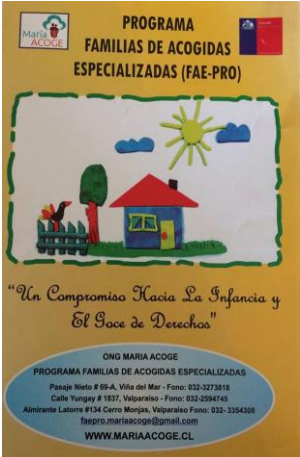

En concordancia con lo anterior, es importante destacar los objetivos programáticos, los cuales, versan sobre la necesidad de brindar las condiciones de protección, afecto, contención y desarrollo dentro de una familia de acogida a aquellos niños, niñas o adolescentes, que se encuentren separados de su grupo familiar con el objeto de restablecer aquel derecho orientado a vivir en una situación familiar estable.

Por tanto, es menester que la institución que ejecute el programa procure avanzar en la restitución del derecho a vivir en una familia estable, por medio de intervenciones psico-socio-familiares. Por otro lado, es deber de dicha institución tener a su haber familias de acogida que puedan satisfacer las necesidades básicas, dentro de un ambiente saludable, de buen trato, buscando, además, la satisfacción de necesidades ligadas al desarrollo infantil en distintos niveles (físico, psicológico, formativo y social). Sin embargo, se identifica que dicho programa no contempla una intervención intrahospitalaria ni tampoco se establece una intervención inmediata cuando una o un recién nacido se encuentre en situación de abandono. Tampoco se identifica una intervención psicoterapéutica una vez realizado el proceso de intercambio de familias. En esa línea, el Hospital sostuvo reuniones con la Directora de la ONG, proponiendo el nuevo modelo de Familia de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar y solicitar establecer una vinculación y apoyo en relación a la intervención y derivación a la red en caso de que el niño o niña se declare susceptible de ser adoptado y a su vez el apoyo de un equipo multidisciplinario para apoyar a la Familia de Acogida. La respuesta positiva por parte de la ONG para establecer esta vinculación con el Hospital, evidencia el interés por cumplir a cabalidad con la Convención de los Derechos del Niño y evitar las graves consecuencias que produce la situación de abandono de una o un recién nacido en un recinto hospitalario.

A continuación, se presentará una tabla comparativa del Modelo de Familia de Acogida Especializada con el modelo propuesto, Familia de Acogida Temporal Dr. Eduardo Jaar:

5.4.1 Tabla N°12: Cuadro Comparativo Modelo FAE v/s Modelo FAT Dr. Jaar

Metodológicos	FAE	Modelo JAAR
Calidad	Mejoramiento continuo de las formas de intervención. Calidad en las Familias de Acogida en cuanto a sus destrezas para empatizar y satisfacer las necesidades de los niño/as. Personalización de la atención.	La motivación altruista, como requerimiento exigido a la familia de acogida, sentará las bases para que el desarrollo del niño/a, sea de forma integral, procurando una vinculación y apego seguro, para el desarrollo de su psiquismo, respaldado bajo la supervisión de los profesionales pertinentes.
Sujetos de Atención	Niños, niñas y adolescentes en situación de vulneración de sus Derechos.	Recién nacidos en situación de abandono.
Transitoriedad o Temporalidad	El ingreso de niños, niñas y adolescentes al Programa de Familia de Acogida debe ser siempre considerado de carácter temporal, de forma de realizar activamente acciones que signifiquen la superación de la situación de inestabilidad del niño/a o adolescente, en lo referido a sus vínculos familiares o de otro orden si los hubiere. (No superior a los dos años)	El ingreso del niño/a al programa, comienza desde los primeros indicios de abandono o vulneración de sus derechos, dentro de un establecimiento hospitalario.
Carácter adoptivo	Las familias que pudieran interesarse en participar en el programa pretendiendo adoptar a un niño o niña, no corresponderán al perfil requerido para éste, que busca familias que ejerzan rol de cuidador social, por períodos acotados de	Las familias requeridas por el programa, serán aquellas que quieran responsabilizarse de los cuidados, físico y emocionales de un niño/a de manera transitoria o momentánea durante el tiempo que le designe el juez de familia. Además, se pretende que la familia no tenga interés en adoptar, ya que el

	tiempo, y de manera sucesiva.	principal objetivo es que el niño/a vuelva a la familia de origen.
La permanencia del niño/a en el Proyecto.	Corresponde al período de tramitación de la declaración judicial de susceptibilidad de adopción, hasta el momento del enlace con la familia adoptiva (no debiera superar los 6 a 8 meses).	El niño/a estará bajo el cuidado de la Familia de Acogida, durante el tiempo que asigne el Juez de Familia.
Principio de no discriminación	Deberán integrar a niños/as sin discriminación de ninguna especie, considerando las etapas del desarrollo evolutivo, variables transversales de género, etnias, estratos sociales u otras que se hayan diagnosticado.	Se establece en primera instancia como programa piloto, que el niño/a que ingrese al modelo Jaar de familia de acogida, no tenga complicaciones cognitivas y/o de otro tipo, con el fin de disminuir las variables que puedan influir de manera negativa al desarrollo del proyecto piloto.
Prestación Monetaria	Se establece que la familia de acogida temporal, recibirá una manutención correspondiente a \$40.000 por niño/a, para solventar las necesidades de este.	Se establece que la base de ser una familia de acogida, es una motivación altruista, es decir, que no exista un interés económico para la participación del proyecto primario.
		

(Fuente: Elaboración Propia)

En concordancia con la tabla, es posible establecer que el Modelo Familia de Acogida Temporal presenta ciertas diferencias con el modelo Familia de Acogida Especializada, como la entrega de una intervención intrahospitalaria y al primer momento en el que un bebé se encuentre en situación de abandono, además de entregar apoyo psicoterapéutico a la familia, abordando temáticas de apego y desvinculación, para que la separación, cuando el niño

o niña deba ir con su familia definitiva, pueda manejarse de la mejor manera. Asimismo, las familias no reciben ninguna recompensa económica, ya que se busca que la motivación de la familia sea altruista y pueda generarse una vinculación genuina con el bebé, ya que se han presentado casos en que Familias de Acogida reciben niños por la motivación económica y no por un interés en la restitución de sus derechos, e incluso ha llevado a que familias reciben a cinco niños por la recompensa económica y no le den los cuidados apropiados y vulneren sus derechos. Es por eso que el Modelo propuesto por el Dr. Jaar, busca a familias que no hayan tenido una experiencia anterior y, además, un equipo psicosocial realiza una evaluación socioeconómica para determinar si reúnen las condiciones apropiadas para recibir al recién nacido y proporcionarle los cuidados necesarios.

Por lo tanto, es posible señalar que el modelo propuesto por el Dr. Jaar, se configuraría como una oportunidad, en cuanto al proceso de retroalimentación mutua con el FAE, permitiendo así, avanzar en el mejoramiento continuo de ambos programas, lo que permitirá una mejor ejecución de los mismos, garantizando el derecho de los niños y niñas de vivir en familia.

Finalmente, al momento de investigar los organismos y programas responsables de la protección de la infancia en nuestro país, se constata un nudo crítico entre la Convención ratificada por Chile y la realidad en materias de infancia, ya que existe una vulneración sistemática a los derechos de los niños y niñas y no existe ningún organismo regulador que sancione el incumplimiento de los acuerdos establecidos en dicha convención por los países partes.

Además, es fundamental que, como profesionales encargados de velar por el completo estado de bienestar social, el área de infancia se constituye como una oportunidad para que la profesión, en su rol de gestor de políticas públicas, pueda crear, planificar, ejecutar y evaluar políticas públicas que den una efectiva respuesta a la vulneración de los derechos de los niños y niñas, y de esa manera, garantizar y promover sus derechos en todo momento.

5.5 Fase N°5: “Sistematización del Modelo de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar.

Tabla N° 13: Fase 5

Fase 5: “Sistematización del Modelo de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar.”	
Ejes Conceptuales	Resumen Ejecutivo
1. Infancia 2. Familia 3. Apego	Por la urgencia de abordar la temática de abandono y por presentarse el modelo con una respuesta factible, es que surge la necesidad de materializar la experiencia del Dr. Jaar a través de la metodología de sistematización como una estrategia de generación de conocimiento desde la práctica profesional, para la implementación en otras instituciones hospitalarias.

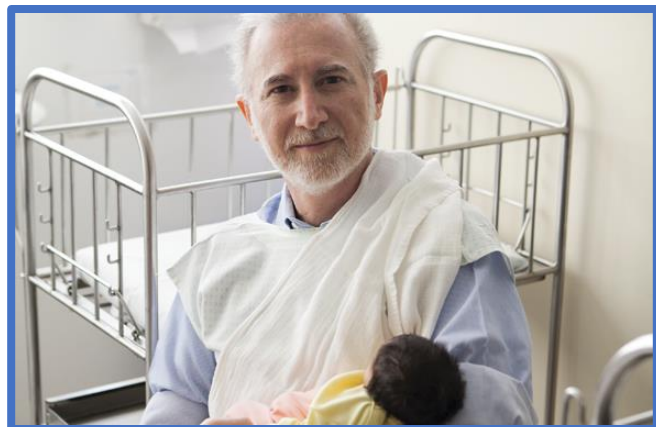
El Proyecto Piloto presentado por el Equipo de Chile Crece Contigo, se establecen los roles que deben cumplir los profesionales en el Modelo. A lo que respecta a Trabajo Social, es posible mencionar que, en primera instancia, el modelo surge desde una corriente del psicoanálisis, por la naturaleza de la profesión del autor, por lo cual el profesional que ocupa un rol protagónico corresponde al psicólogo. En segundo lugar, es importante destacar que, tampoco existe una formación académica sólida relacionada a la temática, para que un trabajador social pueda hacerse cargo o tome un rol protagónico en la intervención, más que relegarse a las labores inherentes a la profesión, como los son las visitas domiciliarias, vinculación con las redes, entrevistas, y evaluación socioeconómica y de la dinámica familiar. Por lo cual, el rol de trabajo social se desdibuja y pasa a ser un agente secundario en el desarrollo del modelo, perdiendo espacios de intervención, dando lugar a la desvalorización de la profesión frente a otras profesiones.

Otro aspecto importante a destacar, referente a la metodología utilizada en el presente proyecto de título, dice relación con que, dicha metodología carece de instancias de aplicación en el desarrollo profesional del Trabajo Social, es decir, el tiempo estimado para la realización del proceso de sistematización, no se encuentra acorde al tiempo de desarrollo profesional de un Trabajador Social inmerso en una institución, en la cual el cumplimiento de metas, trabajo administrativo, ya genera un obstáculo al mismo proceso de intervención social con usuarios, por ende, disponer de tiempo extra para implementar esta metodología no resulta concordante con su quehacer profesional, por lo cual genera la siguiente pregunta: ¿La sistematización es el instrumento por excelencia de los profesionales dedicados por exclusivo al mundo académico

de impartir la sistematización?, ¿Seguirá perpetuando el legado histórico de trabajo social el que, profesionales de otras disciplinas sistematicen su quehacer profesional?. Por tanto, la sistematización como herramienta de Trabajo Social – sin juicio desvalorativo - es más que comprender el significado que adquiere un proceso de intervención para los sujetos implicados, es la posibilidad de fortalecer la profesión desde la misma profesión, es el legado que se heredará a las siguientes generaciones de profesionales, con el simple hecho de escribir el cómo, cuándo, por qué intervenir y de qué forma hacerlo, preguntas que se responden desde la reflexión de la propia experiencia de cada profesional en su quehacer diario en el área de salud, se puede constituir como un referente de consolidaciones metodológicas de intervención, estrategias o líneas de acción en función de un problema social para otro profesional del Trabajo Social, que a su vez beneficie al objetivo principal de un Trabajador Social, el cual corresponde a velar por un completo estado de bienestar social para los sujetos de intervención, sobre todo, a los niños y niñas en situación de vulneración.

De acuerdo a lo anterior, es que surge la necesidad de sistematizar el Modelo de Familia de Acogida Temporal impulsado y creado por el Dr. Eduardo Jaar, debido a que este aborda áreas de la problemática, en materias de infancia, específicamente en abandono, que la actual política pública no da respuesta como el largo periodo de hospitalización que debe pasar un recién nacido esperando la respuesta del tribunal de familia, a la espera de una familia que lo acoja.

El Modelo de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar, corresponde al fruto de 17 años de observación de recién nacidos por parte del psiquiatra psicoanalista en la Unidad de Neonatología del Hospital San José, institución asesorada por él desde hace aproximadamente 10 años.



**(Imagen N°10: Dr. Eduardo Jaar en la
Unidad de Pediatría del Hospital San José)**

En el lugar, fue posible visualizar la temática del abandono de recién nacidos en los Hospitales de la Región Metropolitana, así como los efectos nocivos de la ausencia de una figura de apoyo, siendo este punto, el factor gatillante del interés y preocupación del Dr. Jaar por la temática, generando un programa piloto de acompañamiento a dichos niños y niñas, ya que, a través de su trabajo, pudo concluir que la presencia de los padres a modo de contención

emocional desde el nacimiento y los primeros meses de vida, es un factor determinante en cuanto al desarrollo cerebral de estos, siendo además, un período fundamental para las personas en la formación de la identidad.

Por otro lado, el Dr. Eduardo Jaar, logró percatarse de otras consecuencias además del abandono y la ausencia de una figura de apoyo, frente a lo cual declara lo siguiente:

“Lo que me encontré fue un concepto que creía caduco pero que el psiquiatra René Spitz inscribió en la literatura médica en 1946 como ‘hospitalismo’: un conjunto de alteraciones físicas y síquicas que padecen los niños a consecuencia de una prolongada hospitalización o institucionalización”

Dr. Eduardo Jaar. Revista Paula, Septiembre 2014.

El concepto “Hospitalismo” que data desde 1946, refleja el actual estado de la población recién nacida en condición de abandono en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, ya que no existe una figura significativa que pueda otorgarle una envoltura psíquica que le permita regular sus emociones, lo cual puede desencadenar en el recién nacido la depresión anaclítica o depresión del bebé, la cual se caracteriza por una modificación en el comportamiento del recién nacido, como la indiferencia triste, sin quejidos ni lágrimas, depresión fría, depresión blanca, la mímica es pobre, la movilidad corporal es inestable, rigidez en el cuerpo y extremidades, disminución a las respuestas del medio, disminución del apetito, es posible evidenciar una mirada depresiva en sus variantes temporales: la fijeza sin parpadeos, el desvío fugitivo ante el acercamiento o la toma en brazos.

En relación a las consecuencias del hospitalismo, el Dr. Eduardo Jaar, señala:

“[.] sufren indiferencia al contacto afectivo con sus cuidadores, somnolencia, ensimismamiento, escasez de sonrisas y de vocalizaciones, desvío de la mirada, malestar al contacto corporal; después, aparecen daños como retardo en la motricidad y en el lenguaje; apatía, o, al contrario, irritabilidad y conductas impulsivas”. Luego, a estas manifestaciones se suman “la depresión del lactante, infecciones que se repiten, conductas alimentarias aberrantes como la anorexia, vómitos sicógenos; problemas severos del sueño”.

Dr. Eduardo Jaar. Revista Paula, Septiembre 2014.

Por lo cual, este modelo pone su atención central en la familia y una figura significativa para establecer la vinculación genuina y esta le otorgue al recién nacido una envoltura psíquica de manera tal, que le permita al bebé regular sus emociones, y tener un desarrollo, emocional, físico y cognitivo óptimo. De lo contrario, es que se evidencia un daño irreversible en la construcción del psiquismo, presentando consecuencias, a parte de las descritas en las páginas anteriores, por lo tanto, se establece que todas las consecuencias mencionadas en las páginas precedentes podrán atenuarse cuando el recién nacido sea incorporado a una familia definitiva. Frente a lo anterior el Doctor señala:

“La soledad que experimenta una guagua abandonada, a la que nadie toca ni arrulla en sus primeros meses de vida, tiene un impacto muy severo en su desarrollo síquico futuro: desde sufrir una depresión o un trastorno de personalidad hasta cuadros de autismo y comportamientos delictuales”

Dr. Eduardo Jaar. Revista Paula, Septiembre 2014.

Por consiguiente, la familia de acogida temporal, adoptaría un rol principalmente materno, es decir, brindar la contención necesaria a la ansiedad primitiva del bebé y como ya se ha mencionado, se establezca un vínculo genuino, para lo cual, estas familias deben pasar por un proceso de selección en dónde se realizarán 7 entrevistas al grupo familias en sus diferentes subsistemas, conyugal, paternal y fraternal, con el objetivo de pesquisar que las familias cumplan con los siguientes requisitos establecidos por el modelo:

5.5.1 Los criterios de selección para las familias de acogida temporales son:

a.- Familia biparental que dispone de recursos económicos estables y suficientes.

Es de suma importancia que el grupo familiar que acoja al recién nacido tenga la capacidad económica, en primera instancia para costear los gastos relacionados a transporte durante la estadía del recién nacido en el recinto hospitalario, y en segunda instancia solventar las necesidades que conlleva la inserción de un nuevo integrante en la familia, sin que esto signifique una disminución de la calidad de vida de los integrantes de la familia de acogida.

b.- Los miembros adultos de esta familia tienen un estado de salud, física y psíquica, que no dificulta el normal cuidado del niño o niña.

Dicho requisito se sustenta en velar por la protección del recién nacido y evitar completamente una posible vulneración de derechos por parte de las figuras significativas dentro de su familia de acogida.

c.- Cuidador principal con disponibilidad total para las visitas y cuidado del niño o niña en el recinto hospitalario.

Este requisito es fundamental en función de la construcción de la vinculación genuina, la cual solo se genera mediante el contacto inmediato, directo y sostenido entre el recién nacido y la figura significativa, con la finalidad de mitigar los daños provocados por la condición de abandono en el recién nacido.

d.- Familia que aprueba la instancia de evaluación psicológica y social. En ese proceso se evaluarán las competencias parentales, la capacidad de empatía y de altruismo en relación a las necesidades del infante.

Dicho requisito conlleva un total de 7 entrevistas con profesionales capacitados, en las cuales se realizarán evaluación tanto del grupo familiar como de los subsistemas presentes en ella, además de la aplicación de test proyectivos. En las cuales se estudia la vida de los padres de la familia, desde la infancia, el cumplimiento de su rol como hijos, hasta la actual dinámica familiar y su rol como pareja y padres. Así mismo este requisito se considera como uno de los lineamientos principales del modelo, ya que, a diferencia de los otros modelos de familias de acogidas, quienes reciben una manutención de \$40.000 mensuales, en este, no existe un beneficio económico de por medio, destacándose la motivación altruista, buscando así, que la principal finalidad de los cuidadores será contribuir al desarrollo emocional del recién nacido que luego será adoptado por una familia definitiva y no el incentivo económico.

e.- Familia que firma el documento legal en notaría que especifica su responsabilidad con los derechos y deberes hacia el niño o niña.

Dicho documento permitirá resguardar y asegurar que no se genere ninguna situación de vulneración de derechos al niño o niña, y se deja en pleno conocimiento que el programa contempla la estadía temporal del recién nacido

con la familia de acogida, y en ninguna circunstancia la posibilidad de optar a la adopción.

f.- Familia que tiene su residencia estable en la V región.

Se establece este requisito debido a que el proceso consta de intervenciones previas, durante y después de la experiencia, a realizar tanto en las dependencias del hospital como en la residencia de la familia, por lo cual el equipo de profesionales como la familia debe estar en contacto directo dentro de la jurisdicción del hospital para la realización de las sesiones correspondientes.

g.- Familia que tiene hijos en edad escolar, universitaria o en una etapa de desempeño adulto con un empleo. El menor de los hijos debe tener a lo menos 6 años.

La presencia de hijos de ambos padres es fundamental para llevar a cabo el proceso de Familia de Acogida, ya que la etapa final, vale decir, de separación se constituye como un acontecimiento sumamente fuerte para el grupo familiar, ya que se han establecidos lazos afectivos importantes, por lo cual, el hecho de que tengan hijos, permitirá sobrellevar esta etapa de duelo de mejor manera. Además, se requiere una edad mínima, debido a que se entiende que los padres ya han adquirido experiencia respecto a la crianza, además que, permitirá dedicarle todo el tiempo necesario al recién nacido. Por lo tanto, es correcto afirmar que, el Modelo de Familia de Acogida Temporal impulsado por el Dr. Eduardo Jaar, sí da respuesta a lo expresado en la Convención de los Derechos del Niño y lo establecido por Sename, del derecho de los niñas y niños de vivir en familia, y en caso de vulneración de dicho derecho, la restitución inmediata del mismo, ya que, se focaliza y se entiende cabalmente, lo nocivo y perjudicial que resulta que un niño o niña esté en aislamiento afectivo.

Asimismo, el modelo pone énfasis en la inmediata interacción del recién nacido con una familia, debido a que la primera infancia es un proceso fundamental y determinante, debido al período crítico, en donde los niños necesitan estimulación, afecto y atención especial. Sin embargo, se evidencia que en la realidad los procesos de tramitación de los tribunales de familia pasan por procesos burocráticos, los cuales pueden tardar hasta años en esclarecerse, lo que significa que durante este período el niño o niña se ve desprovisto de su derecho de vivir en familia, y lo que es más grave, su derecho a un

desarrollo íntegro, lo cual, trasciende en consecuencias por el resto de su vida. Respecto a lo anterior, el Dr. Señala:

“[...] para cuando los profesionales responsables hayan podido avanzar en el estudio de la familia de origen del niño y el juez de menores haya podido decidir con respecto a su familia definitiva, generalmente, cerca del año de vida del niño, estas guaguas abandonadas en una sala de hospital ya presentarán un daño en la constitución de su siquis que podría ser irreversible”.

Dr. Eduardo Jaar. Revista Paula, Septiembre 2014.

En función del análisis anterior, se constituye como fundamental e imperante la implementación del Modelo de Familia de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar, no solo por los beneficios mencionados y desarrollados en las páginas anteriores, sino que además, se visualiza como una oportunidad de descongestionar la red de atención de SENAME.

Finalmente, se hace necesario relatar un caso acontecido durante el proceso de proyecto de título, de directa relación con la temática abordada en el presente proyecto.

Tras el ingreso de los estudiantes al programa Chile Crece Contigo de la institución patrocinante, en la Unidad de Pediatría del Hospital Dr. Gustavo Fricke, en condición de abandono se encontraba un caso social significativo para el equipo, un lactante de 5 meses, que tras el abandono por parte de la madre, el programa activa el protocolo correspondiente a esta situación, donde la Trabajadora Social del equipo, se encarga de contactar la red familiar directa del lactante, resultando ser tíos del recién nacido por parte paterna, a los cuales se les aplicó una serie de entrevistas con el objetivo de determinar la posibilidad de sugerir al matrimonio frente al Tribunal de Familia, para hacerse cargo del cuidado personal del lactante. Tras el dictamen del Tribunal de Familia, otorgando el cuidado personal a los tíos paternos, se comienzan a visualizar que las visitas disminuyen paulatinamente hasta el cese de estas. Luego de meses sin que el lactante sea visitado por algún familiar, es que el equipo de Chile Crece Contigo comienza el proceso para que el Tribunal declare la susceptibilidad de adopción y pueda ser acogido por una familia. Por otro lado, los informes médicos revelaban que la condición del lactante no era la óptima ya que presentaba, serias complicaciones respiratorias, por ende, dependía de respiración mecánica e incluso el doctor tratante pronosticaba que el menor jamás podría salir del recinto hospitalario. Por lo

cual, el equipo comienza a acoger al menor y deciden juntar recursos para comprar los elementos básicos de aseo y vestuario.

Paralelamente, el equipo de Chile Crece Contigo desea implementar el Modelo de Familia de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar y que, frente a la situación de abandono del lactante, es que surge la idea de implementar el modelo, visitando al menor todos los días por las profesionales, de manera rotativa. Dicha idea fue comunicada al Doctor, frente a lo cual sugiere que la persona que visitara al menor fuera sólo una persona y externa al equipo, debido al involucramiento afectivo que genera la situación. El equipo responde de manera positiva y buscó una voluntaria que cumpliera con los requisitos y fuera capacitada por el Doctor. Tras la aprobación del Hospital, se comenzó a implementar las visitas de la voluntaria al lactante durante el periodo en que este se encontraba en la unidad de cuidados intensivos pediátrico con riesgo vital. Cabe señalar que, en el transcurso de las visitas realizadas diariamente por la voluntaria, el personal médico de la unidad señaló que el lactante comenzó a mostrar avances en relación a su condición médica, hasta el punto de estar “estable dentro de su condición”, reaccionando a las estimulaciones del medio, reconociendo la figura de la voluntaria, fijando la mirada, con esbozos de sonrisa, condiciones que no se presentaban debido al evidente consecuencia del hospitalismo. Lamentablemente meses más tarde el lactante fallece, situación muy dura para el equipo, lo cual sirvió como motivación y experiencia que asegura la efectividad del modelo y como una necesidad imperante de aplicación en la institución, ya que, es una realidad en el hospital, la cual genera la misma interrogante, que se presentó en la Jefa del Programa Chile Crece Contigo del Hospital San José de Santiago, en el cual actualmente se implementa el modelo:

“Si de la mirada de la madre depende que los niños se reconozcan como personas, ¿qué pasa con aquellos que siguen abandonados en los hospitales sin nadie que los acompañe?”.

**Giovanna Loguercio, Jefa del Programa Chile Crece Contigo,
Hospital San José. Revista Paula, Septiembre 2014.**

CAPÍTULO VI.

Reflexiones y Conclusiones.



*“Los niños son el recurso más importante del
mundo y la mejor esperanza para el futuro”*
John F. Kennedy

6. Reflexiones y Conclusiones

El presente proyecto de título, surge de la invitación de la Asistente Social Pamela Vera Fierro, de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto Juvenil del hospital Dr. Gustavo Fricke, a participar en la implementación de un modelo de Familias de Acogidas Especializada, a realizar en el hospital, bajo el alero del programa Chile Crece Contigo, dirigido a los niños y niñas en situación de abandono en la Unidad de Neonatología, con el objetivo de reunir evidencia, capacitarse en el modelo e implementarlo en el hospital Dr. Gustavo Fricke.

Sin embargo, en las reuniones sostenidas con la supervisora y el equipo Chile Crece Contigo, se modificó dicho proyecto en función de que una de las profesionales con mayor relevancia para la implementación del proyecto, hiciera uso de su prenatal, en las fechas estipuladas para la implementación del modelo, por lo cual, como sugerencia del mismo Doctor, la ejecución del modelo se aplazó para principios del año 2018. Lo anterior, no significó una desmotivación para los estudiantes, sino que una oportunidad para profundizar e investigar con mayor detenimiento el modelo, recabar toda la información necesaria y, en base a lo analizado y vivenciado, justificar y proponer cambios que respondan a la realidad del Hospital.

La metodología utilizada por los estudiantes surge a partir de la inquietud de poder materializar el trabajo insipiente de 17 años de observación de recién nacidos por parte del psiquiatra psicoanalista Eduardo Jaar en la Unidad de Neonatología del Hospital San José y el presente proyecto de título se presenta como una oportunidad investigar, y recabar información para la generación de conocimientos que permitan la implementación del modelo acorde a la realidad del hospital

6.1 Sistematización: Infancia, Familia y Apego

En base al análisis de documentos con fines de sistematización, fue posible constatar de que en Chile, se evidencia un interés por velar por la protección de la primera infancia, materializado en políticas y programas destinados a cumplir con dicho objetivo, sin embargo, la evolución historia nos indica que el origen de la política pública transitó por una motivación reactiva a las problemáticas que afectaban a la infancia, para avanzar hacia un sistema integral de prevención y promoción de los derechos de los niños y niñas. Un hecho fundamental que permitió lo anteriormente señalado, corresponde a la ratificación por parte de nuestro país de la Convención de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, que en primera instancia, propone un cambio de paradigma de entender la infancia, los niños y niñas dejan de ser considerados objeto de derecho, sino como sujetos de derechos, es decir, son considerados como seres humanos titulares de sus propios derechos. Asimismo, la convención establece un conjuntos de derechos, de los cuales, todos aquellos países que aceptan someterse a las estipulaciones de la convención deben asegurar, vale decir, que establece condiciones mínimas que garantiza que todos los niños y niñas se beneficien de una serie de medidas de protección y asistencia; que tengan acceso a servicios como la educación y la atención de la salud: que puedan desarrollar plenamente su personalidad, habilidades y talentos; que crezcan y se desarrollen en un ambiente de felicidad, amor y comprensión y reciban información sobre cómo pueden ejercer sus derechos y participar de una manera activa.

En segundo lugar, la ratificación de la Convención de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes significó que el país debiese adaptar su ordenamiento jurídico político, para dar cumplimiento cabal a lo establecido en la convención. Sin embargo, a pesar del avance de las políticas públicas en materia de infancia, en la realidad se puede constatar la existencia de problemáticas en dichas materias que las políticas públicas no logran dar respuesta, y que, a pesar de la existencia de un aparato enfocado en garantizar los derechos de los niños, en la actualidad no se cumple a cabalidad debido a que diariamente somos testigos de las vulneraciones a los derechos de los niños y niñas, y es más crítico aún; las instituciones destinadas a la protección y restitución de los derechos de la infancia, son los principales actores responsables de vulnerar sus derechos.

Lo anterior se ve evidenciado en que, a pesar de el gran avance en materia de protección a la infancia, aún existen problemáticas que la política pública no da respuesta, como es el caso específico de los recién nacidos abandonados. Identificándose como nudo crítico, que la ley 19.620 que regula las materias

de adopción el Chile, no especifica concretamente que el derecho de vivir en familia debe ser desde el nacimiento, sino que lo establece de manera general, por lo tanto, en términos generales el Estado si cumpliría con el de derecho de restituir a los niños de vivir en familia, pero este Derecho se reivindica años después , sin tomar en consideración los efectos nocivos e irreversibles que conlleva el estado de abandono en un recién nacido.

El objetivo del presente proyecto dice relación con la sistematización de un modelo que aborda una de las problemáticas, que la política pública da respuesta parcial, considerando esta investigación como propuesta viable de intervención biopsicosocial, que permite sobrellevar el trauma que significa para un lactante la condición de abandono y otorgarle de manera temporal una familia que le propicie las condiciones adecuadas para el desarrollo integral de este.

6.2 Conclusiones y reflexiones en materias de infancia en el Contexto Institucional y Programático.

En la búsqueda por dar respuesta a la problemática observada en la institución correspondiente al abandono de recién nacidos, que, según los datos entregados por la institución, se presenta de 2 a 3 veces al año, y se comprende esta, como una situación en que, el recién nacido presenta la ausencia de la figura paterna y materna o familiar directo. Es que el Programa Chile Crece Contigo, al ser este el principal encargado de velar y garantizar, mediante una intervención integral y multidisciplinaria, los derechos de los niños y niñas, manifiesta la preocupación de la realidad del programa, ya que este no posee protocolos y/o estrategias necesarias para abordar la problemática, por lo cual comienza la búsqueda de una alternativa completaría, que propicie una respuesta efectiva a la realidad presente en el hospital.

Según lo expuesto en el capítulo precedente, frente a esta búsqueda la profesional Barbara Retamal Díaz, psicología del equipo Chile Crece Contigo del Hospital, a través de una publicación en la revista Paula del año 2014, bajo el artículo “Estas guaguas están muy solas”, donde se presentó el trabajo realizado por del Dr. Eduardo Jaar con guaguas en situación de abandono, es que surge la iniciativa de indagar dicho modelo con el objetivo de ver la factibilidad de una posible implementación en el Hospital. Posteriormente, se contacta al autor del modelo, quien es invitado a exponer su metodología en la institución, tras la motivación del equipo por este modelo como solución más convincente frente a la problemática, se activan las redes institucionales, culminando con el apoyo del Dr. Cisterna, jefe de la unidad de pediatría y presidente de la asociación chilena de pediatría, con la presentación del Proyecto Piloto *“Implementación de Familia de Acogida Temporal, Hospital Dr. Gustavo Fricke 2017”* .

Si bien se destaca la motivación del equipo por la búsqueda de soluciones innovadoras frente a la problemática, es importante recalcar, que es el Estado, como garante de los derechos de los niños y niñas, es el que debiese encargarse dar solución a dicha temática. Sin embargo, por el rol subsidiario que tiene actualmente el Estado, deja en manos de una red privada de colaboradores la licitación de los programas y posterior ejecución, los cuales solo dan una respuesta parcial a la problemática abordada.

En función de lo expresado anteriormente, se concluye que, es fundamental la existencia de un organismo fiscalizador externo imparcial que vele por el cumplimiento de la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente, y que establezca a su vez, las sanciones

correspondientes frente al incumplimiento y vulneración de los principios ratificados por cada uno de los países miembros.

6.3 Conclusiones y reflexiones en materias de infancia en rol de Trabajo Social.

La oportunidad que se otorgó a los estudiantes en el desarrollo del presente proyecto de título de insertarse en el Equipo Chile Crece Contigo dependiente de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto Juvenil, del Hospital Dr. Gustavo Fricke perteneciente al sistema de Salud Viña del Mar Quillota, permitió constatar la realidad del quehacer profesional del Trabajador Social en materia de infancia en el área de salud, en donde se evidencia la importancia de la presencia de la profesión, ya que, el actual enfoque del sistema de salud, actualiza la visión de la atención de la infancia desde un modeló biomédico, en que, solo se atendían las patologías de los pacientes, hacia un modelo biopsicosocial, el cual comprende que el ser humano está compuesto por el área biológica, psicológica y social, y por lo tanto, es imperante realizar intervenciones que den respuesta a dicho enfoque y Trabajo Social es la profesión que responde de manera efectiva a este modelo, y además, por la naturaleza de la propia profesión, permite desarrollar un trabajo multidisciplinario.

Por otra parte, es menester tomar en consideración una de las consecuencias que conlleva el trabajar en esta área de intervención, debido a la constante exposición a situaciones de vulneraciones graves a los derechos de los niños, lo cual genera un desgaste emocional importante en los profesionales. Frente a esta situación, es de suma importancia realizar y potenciar espacios de autocuidado, en donde los profesionales puedan expresar y verbalizar sus experiencias, en un ambiente que propicie la escucha activa y apoyo mutuo.

A pesar de aquello, el equipo de Chile Crece Contigo se destaca por poseer cualidades como trabajo en equipo, perseverancia, resiliencia, habilidades sociales, competencias profesionales, vocación, manejo de habilidades blandas, manejo de repertorios teóricos conceptuales, compromiso, responsabilidad, el fomento de un clima laboral grato, motivación y unidad de los miembros del equipo, cualidades que se constituyen como aspectos trascendentales que permitirán la futura implementación del molde en el hospital y se sientan como características base, que debe poseer el equipo, para poder replicar el modelo en otra institución.

Cabe señalar que, la temática del autocuidado tampoco es abordado desde la educación de pregrado, por lo que es necesaria la existencia en la malla curricular, cátedras que otorguen herramientas de autocuidado, ya el Trabajo Social es una profesión reconocida por la vocación de servicio y por la constante búsqueda de resguardar de todos y todas, por el hecho de ser personas. Sin embargo, en esta búsqueda, pospone su bienestar personal en servicio de los demás.

En adición a lo anterior, es importante destacar el tránsito de los Trabajadores Sociales desde el rol de implementador de políticas públicas a un rol de gestor de políticas públicas, pues es el profesional quien está en constante contacto con los sujetos de intervención y sus problemáticas, además, en la praxis tiene la capacidad de ajustar los lineamientos técnicos a la realidad, es decir, al sujeto de intervención, para otorgar una intervención enfocada a la problemática específica que se debe tratar. Por tanto, es de trascendental importancia que en la actualidad la profesión se posicione como gestora de políticas públicas, de manera que operacionalice los lineamientos técnicos en contraste con las problemáticas que afectan a la comunidad, en este tema específico, a la infancia, para traducirlo en Políticas Comunes para otorgar un cumplimiento efectivo de estas.

6.4 Conclusiones, reflexiones y sugerencias en materias de infancia entorno al Modelo de Familia de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar.

Se reconoce la innovación del modelo por abarcar una temática que los otros modelos de familia de acogida actualmente ni aborda. Debido a que la base del Modelo de Acogida Temporal del Dr. Eduardo Jaar dice relación con la construcción del psiquismo y el apego, el cual se constituye como el vínculo entre un bebé y una figura estable y significativa, que otorgan seguridad y protección en momentos estresantes en los que puede atravesar un bebé, además, de configurarse como una necesidad básica de todo ser humano y es determinante para el desarrollo biopsicosocial de todos los sujetos. Por lo anterior, es que surge la impronta de que transcurra el menor tiempo posible, desde que se presenta la condición de abandono, vale decir, propiciando que sean las familias de acogida quienes estén a la espera de que se presente la condición de abandono y no viceversa.

Además, se destaca que, a diferencia de las Familias de Acogida Especializadas, este modelo entrega apoyo psicoterapéutico a la familia, no solo abordando temáticas de apego, sino que también temáticas de desvinculación, para que la separación, cuando el niño o niña deba ir con su familia definitiva, pueda manejarse de la mejor manera.

Asimismo, las familias no reciben ninguna recompensa económica, ya que se busca que la motivación de la familia sea altruista y pueda generarse una vinculación genuina con el bebé, ya que se han presentado casos en que Familias de Acogida reciben niños por la motivación económica y no por un interés en la restitución de sus derechos, e incluso ha llevado a que familias reciben a cinco niños por la recompensa económica y no le den los cuidados apropiados y vulneren sus derechos. Es por eso que el Modelo propuesto por el Dr. Jaar, busca a familias que no hayan tenido una experiencia anterior y, además, un equipo psicosocial realiza una evaluación socioeconómica para determinar si reúnen las condiciones apropiadas para recibir al recién nacido y proporcionarle los cuidados necesarios.

Por lo tanto, es posible señalar que el modelo propuesto por el Dr. Jaar, se configuraría como una oportunidad, en cuanto al proceso de retroalimentación mutua con el FAE, permitiendo así, avanzar en el mejoramiento continuo de ambos programas, lo que permitirá una mejor ejecución de los mismos, garantizando el derecho de los niños y niñas de vivir en familia.

6.5 Modelo Familia de Acogida Temporal del Hospital Gustavo Fricke

Como resultado del presente proyecto de título, se evidencia que el modelo de familias de Acogida Temporal propuesto por el Psiquiatra Eduardo Jaar, responde de forma positiva a las actuales necesidades de los recién nacidos en condición de abandono, sin embargo, los estudiantes consideran que este presenta factores posibles de modificar, primera instancia en relación a los requisitos propuestos y en segunda instancia se realiza una propuesta de difusión.

En relación a la primera instancia, es decir a los requisitos planteados por el autor del modelo, en cuanto al primer requisito, el cual corresponde a: *Familia biparental que dispone de recursos económicos estables y suficientes*. En relación específicamente al tipo familia que el modelo busca se sugiere integrar a las familias homoparentales para que formen parte de la familia de acogida, ya que lo que debiese primar para la selección de estas, recaen en las habilidades y competencias parentales, dinámica familiar, estabilidad emocional, y no por el sexo, ya que, desde el Trabajo Social, se debe tener la capacidad de integrar esta nueva tipología de familia independientemente de si esta personalmente a favor u en contra de ese estilo de composición familiar, por lo cual deben primar los principios y valores éticos del Trabajo Social, rescatando experiencias que evidencian la viabilidad de que parejas homoparentales cumplan adecuadamente los roles de la familia. En cuanto al requisito número 4: *Familia que aprueba la instancia de evaluación psicológica y social*. En ese proceso se evaluarán las competencias parentales, la capacidad de empatía, altruismo en relación a las necesidades del infante y conciencia de que corresponde a una experiencia única. La sugerencia dice relación con que la experiencia vivenciada por el grupo familia, debe ser única. La propuesta apunta a que las familias si pueden vivir más de un proceso, pero este debe ser después de dos años después de la experiencia anterior, pasando por una evaluación psicológica por parte de un grupo de profesionales, para que la familia esté en condiciones óptimas para brindar y dar la envoltura psíquica que necesita el recién nacido.

Lo anterior, dice relación con la dificultad existente por encontrar familias de acogidas y, sobre todo, que cumpla con los requisitos propuestos por el modelo. En base a la dificultad de encontrar familias de acogida, es que se propone un llevar a cabo un proceso de difusión, el cual consiste en la difusión de un flyer, que se presentará a continuación:



Imagen N°12: Propuesta Flyer Familia de Acogida Temporal Hospital Gustavo Fricke.

Flyer que a través de la difusión estratégica por los diferentes medios de comunicación (Pag Facebook, Pag oficial HGF, Red de Salud e institución en materia de infancia) se espera que las familias interesadas que cumplan con los requisitos propuestos por el modelo contacten al equipo CHCC con la intención de avanzar a la siguiente fase.

Además, se propone realizar una serie de charlas que aborden las temáticas innovadoras presentes en el modelo, como por ejemplo, el apego, proceso de intervención familiar a través de la terapia psicoterapéutica y el proceso de separación, para, que una vez preseleccionadas las familias, la dupla psicosocial capacitada previamente por el fundador del modelo Dr. Eduardo Jaar, realizarán un total de 7 entrevistas por familia (Entrevistas individuales, subsistemas Conyugal, Parental y Fraternal), además de la evaluación

socioeconómica y contexto familiar y finalmente así, la o las familias seleccionadas serán intervenidas por las psicólogas del equipo CHCC para la preparación de la implementación del proyecto piloto para el apego y desvinculación llevados a cabo en el proceso.

CAPÍTULO VII.

Bibliografía.



“Tocar al niño es tocar el punto más delicado y vital, donde todo puede decidirse y renovarse, donde todo está lleno de vida, donde se hallan encerrados los secretos del alma, por ahí se elabora la educación del hombre del mañana”.

7. Bibliografía

- Asamblea General de Naciones Unidas. (1989).** *Convención sobre los Derechos del Niño.* Nueva York: Naciones Unidas.
- Barría, F., Retamal, B., Vásquez, D., & Turres, C. (2017).** *Proyecto Piloto Implementación Familia de Acogida Temporal Hospital Dr. Gustavo Fricke.* Viña del Mar.
- BCN. (11 de abril de 2017).** *Biblioteca del Congreso Nacional.* Obtenido de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1065726&idParte=9499619&idVersion=2014-08-25>
- Bleichmar, N., & Lieberman, C. (1997).** *El Psicoanálisis después de Freud, Teoría y Clínica.* Distrito Federal: Paidós.
- Castañeda, P. (2014).** *Propuestas Metodológicas para Trabajo Social en Intervención Social y Sistematización, Cuaderno Metodológico.* Santiago de Chile: Universidad de Valparaíso.
- Chile Crece Contigo. (2012).** *Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil: Guía para los equipos locales.* Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Comisión Nacional Chilena de Cooperación, U. (2011).** *Políticas Públicas para la Infancia.* Santiago, Chile: Gráfica Lom Ltda.
- Crispi, J., Baranda, B., Concha, J. C., Eyzaguirre, B., Bedregal, P., Gonzales, P., . . . Tokman, V. R. (2006).** *Propuesta del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia.* Consejo Asesor Presidencial. Santiago, Chile: Gobierno de Chile.
- Decreto Ley N°2.465,** Crea el Servicio Nacional de Menores y fija el texto de su ley orgánica. (19 de Enero de 1979). *Diario Oficial de la República de Chile.* Santiago de Chile.
- García, G. (2014).** Estas guaguas están muy solas. *Paula.*
- Imhoff, D., Marasca, R., & Marasca, M. &. (2012).** *Pensar la Participación Sociopolítica Infantil a partir de los Paradigmas de Infancia.* Córdoba .
- Jaar, E., & Córdova, M. (s.f.).** *Nuevos paradigmas en acogida temporal.* Santiago de Chile.
- Kisnerman, N. (2005).** *Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el Construccinismo.* Buenos Aires: Lumen Hvmánitas.

Ley N°19.620, Dicta Normas sobre Adopción de Menores. (05 de Agosto de 1999). *Diario Oficial de la República de Chile*. Santiago de Chile.

Ley N°20.032, Establece Sistema de Atención a la Niñez y Adolescencia a través de la red de colaboradores del sename, y su régimen de subvención. (25 de Julio de 2005). *Diario Oficial de la República de Chile*. Santiago de Chile.

Moreno, X., Acosta, E., Bergman, V., & Héctor, H. (2006). *Normativa Vigente para niños y niñas. Análisis normativo de políticas, programas y prestaciones públicas referidos al desarrollo Integral de la infancia. Primera Etapa: desde la gestación hasta los tres meses.* . Santiago, Chile: Universidad Alberto Hurtado.

Norambuena, C. S., Angélica Marín Díaz, Cárdenas, E. A., & María Gabriela Peñailillo Nuñez. (2012). *Lineamientos de Acción y Coordinación Servicio Nacional de Menores · Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo*. Santiago, Chile: Derechos Reservados.

Norambuena, C. S., Contigo, U. C., & Social, M. d. (2015). *¿Qué es Chile Crece Contigo?* Santiago, Chile: Gobierno de Chile.

Organización de los Estados Americanos. (1986). *Declaración sobre los principios sociales y jurídicos relativos a la protección y el bienestar de los niños, con particular referencia en la adopción y la colocación en lugares de guarda, en los planos nacional e internacional*. Naciones Unidas.

Pavez Soto, I. (2012). Sociología de la Infancia: las niñas y los niños como actores sociales. *Revista de Sociología* N° 27, 81-102.

Perinat, A. (2007). *Psicología del Desarrollo, un enfoque sistémico*. Barcelona: OUC.

Repertorio de Legislación Y Jurisprudencia Chilenas. (1955). En J. U. Vial. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.

SENAME. (15 de abril de 2017). *Servicio Nacional de Menores*. Obtenido de <http://www.sename.cl/web/nuestra-institucion/>

Servicio Nacional de Menores. (2017). *Catastro de la oferta programática de la red SENAME*. Santiago de Chile: Departamento de Planificación y Control de Gestión.

Servicio Nacional de Menores. (2017). *Instructivo general para los procesos de evaluación anual de desempeño, líneas de acción y modalidades programáticas, Departamento de Adopción.* Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

UNICEF. (17 de abril de 2017). Obtenido de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia:
<https://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>

UNICEF. (12 de abril de 2017). *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.* Obtenido de <http://unicef.cl/web/unicef-chile/>

Urra, E., Núñez, R. R., & Jure, L. (2014). Enfoques de Estudio de Casos en la Investigación de Enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 131-142.

Villalaba, C. (2004). La Persepectiva Ecológica en el Trabajo Social con Infancia, Adolescencia y Familia. *Portularia* 4, 287-298.

CAPÍTULO VIII.

Anexos.



*Que canten los niños, que alcen la voz,
Que hagan al mundo escuchar;
Que unan sus voces y lleguen al sol;
En ellos está la verdad.
"Que canten los niños, José Luis Perales".*

8.1 Entrevista Equipo Chile Crece Contigo del Hospital Gustavo Fricke

1. ¿En qué jerarquía se posiciona El Programa Chile Crece Contigo en el Hospital?.

Nosotros dependemos de la Unidad de Neuropsiquiatría Infantil, pertenecemos Área de Salud Mental.

2. ¿Quiénes componen el equipo de posiciona El Programa Chile Crece Contigo y qué funciones realizan cada uno?

El equipo lo componen cuatro personas dos psicólogas, una trabajadora social, una educadora de párvulos. Trabajamos preponderantemente en duplas psicosocial, acá el programa no está hecho para hacer diagnósticos, sino que una evaluación psicosocial para luego derivar a otros dispositivos más competentes. La educadora de párvulos realiza estimulación psicomotora y también realiza socioeducación. También el programa se enfoca en la prevención, de hecho, la política pública está hecha más para la prevención, pero la realidad no es tan igual a la política pública, a veces nos toca mucho estar metidos en el tratamiento, en el derivar, en el atender, en el hacer entrevistas, estar como apagando incendios.

El otro día se hizo una feria del buen trato y nosotros también participamos, fue un hito para el programa, porque antes no se había participado, porque tampoco nos invitaban al programa, nos mandaron un correo diciendo que consideraron que el programa tiene hartos del buen trato y que por eso participamos en la feria había un stand, estaba la gente, la comunidad hospitalaria y nosotras hablábamos de nuestro programa, de lo que hacemos, qué es lo que no hacemos, y del buen trato.

Lo otro importante del Programa, es que el programa está enfocado en niños hospitalizados, y a veces las hospitalizaciones son super cortita, a veces son dos o tres días, entonces uno al primer día toma un caso y al otro día tienes que resolverlo. Eso es un desafío laboral, porque este trabajo tiene hartos desafíos laborales, en qué sentido, en que es muy poquito el tiempo y hay que reorganizarse continuamente, porque por ejemplo, estamos viendo un caso en la mañana de una mamá drogodependiente con embarazo que se quiere fugar entonces todo tiene que reorganizarse, porque ahora ese caso es prioridad ahí uno tiene que ir moviéndose y fluir.

3. En cual unidad del Hospital interviene el equipo de ChCC.

Notros trabajamos en Neonatología, es preponderante el rol del psicólogo, porque ahí se trabaja con paciente de larga estadía que son prematuros extremos o prematuros, o que vienen con distintas patologías, se trabaja mucho con que el psicólogo aborde a la familia y se detecta un factor de riesgo psicosocial deriva a la asistente social.

En Pediatría, ahí estamos las cuatro integrantes del equipo, dos psicólogas, la trabajadora social y la educadora de párvulo. En la unidad se mucho el maltrato infantil, y ahí claramente lo aborda la dupla psicosocial.

En Ginecología es preponderante el rol del Trabajador Social, porque en dicha unidad se deben judicializar casos, por lo cual, todo el proceso de judicialización, por ejemplo, la entrevista se hace en dupla psicosocial, a la mamá del bebé, después hay que tratar de hacer la entrevista en dupla con el grupo familiar, pero lo que es la redacción de la mediación de protección, la presentación a la audiencia, coordinar los traslados con los bebés, darle información a los colegas, eso todo lo hace el trabajador social.

En Servicio Quirúrgico Pediátrico(SQP) vemos menos casos, pero son súper complejos, se ve harto la violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso sexual. Ahí es nuestro deber denunciar, o tratar de persuadir a la persona para que denuncie, obviamente respetando sus opiniones, si no lo quiere hacer no se puede. Depende mucho del caso a caso, hay casos que tú dices que sí hay que hacerlos definitivamente, y otros en que no, porque la persona está pasando por un proceso que no es lo mejor, pero más adelante sí, entonces ahí se puede devolver a la APS, y pedirle a la colega que lo haga, pero de repente nos ha pasado que entre colegas decimos ya mira es mejor que tu hagas esta medida de protección y yo haga esta otra, eso se va coordinando con los colegas, es súper importante tener relación con los colegas, porque se trabaja mucho con la red, hay mucho trabajo de red en ChCC, con distintos dispositivos, con tribunales de familia, con APS, con toda la red de infancia, hay que conocer bien las instituciones de infancia.

4. ¿Cuál es el rol del Trabajo Social en el programa?

Pesquisar factores de riesgo en grupos familiares. Nosotros atendemos en el servicio de Neonatología, Pediatría y Ginecología Obstetricia y el Servicio Quirúrgico Pediátrico (SQP).

Nuestra forma de trabajo es que un doctor, médico tratante, matrona o profesional del servicio no hace una interconsulta en donde pesquisó riesgos, o desde atención primaria ya vienes con riesgo psicosocial o, por ejemplo, hay causa en tribunales, nosotros tomamos esos casos, evaluamos psicosocialmente, trabajamos en dupla, nuestra forma de intervenir es derivar al dispositivo competente, puede ser Atención Primaria, puede ser toda la red de infancia, OPD, PI, PPF, RPM, también en caso que haya que judicializar por vulneración de Derechos, se deriva al tribunal competente, se solicitan medidas de protección, medidas cautelares, en caso de que sea necesaria la intervención del niño antes de que llegue la fecha de una audiencia y unas de las cosas más potentes que me ha tocado ver en el hospital es el consumo de

sustancias en el proceso de gestación. Tenemos el cálculo que son 4 casos a la semana, sin embargo, han aumentado a 5. Esos casos son bien complejos porque por una parte, nuestro programa está enfocado en un 100% en los niños y las niñas, en proteger sus derechos, garantizar sus derechos y paralelamente, tratar de que la madre se rehabilite en un centro de rehabilitación o en un centro ambulatorio, para que pueda tratar el tema de la drogadicción.

Nivel de intervención: Caso y Grupo. El caso siempre está vinculado con el grupo. Entonces, si bien nosotros trabajamos en pro de los niños y niñas en garantizar sus derechos, como son también muchos niños lactantes recién nacidos trabajamos directamente con el grupo familiar, utilizamos la técnica de la entrevista. Nosotros hacemos muy pocas visitas domiciliarias, lo que si hacemos es pedir a los colegas de APS que realicen las visitas domiciliarias. Hacemos intervenciones en grupo, ligado al autocuidado de las mamás, por ejemplo, en el servicio de neonatología, porque para las familias ya es estresante tener un hijo hospitalizado y sobre todo cuando son hospitalizaciones de larga estadía, entonces igual ahí hay que intervenir con las familias para darle una contención emocional a las mamás y grupos familiares que tienen un hijo hospitalizado.

También en Pediatría intentamos hacer eso. También realizamos una capacitación que se denominó “promoción de apego seguro”, sobre la importancia del apego, de la construcción del apego, porque muchas veces se piensa que cuando el bebé nace si la mamá lo toma o no lo toma y que eso en particular define el apego, no es así, el apego es una construcción de vida. Entonces también tratamos en el fondo de informar y también de educar a los profesionales respecto del tema del apego y de la importancia del tema de los vínculos, porque pasa mucho que acá en el Hospital trabajas hartas problemáticas bien complejas y también hay una cuota de dolor bien importante y eso hace que los profesionales se disocien y se centran en lo profesional, no hago vínculo con el paciente, pero igual es relevante hacer vínculo con el paciente, porque antes que profesionales también somos seres humanos. Entonces, es importante que si un niño llora, sea contenido, obviamente los profesionales tenemos mucho trabajo y a veces no alcanzamos hacer todo, también hay que tener un poquito de consciencia en que es un niño, una niña, un bebé y que después es paciente, hay que tratar un poco, si tengo tiempo de contener, porque eso igual genera un impacto en el niño o de llamarlos por su nombre, por ejemplo el Servicio de Ginecología u otro servicio, se dice no el paciente tanto de la 402 cama 2, y también es relevante en hacer cambio en eso, en humanizar las atenciones, por ejemplo, no es el paciente 402, sino que es la señora Nancy, o la señora Juana, porque

eso también te otra calidad de atención con los pacientes, siento que eso también se valora de las persona que vienen a recibir atención en el Hospital. La idea, también es buscar una atención de salud integral, osea no solo desde la parte biomédica, sino que también biopsicosocial, en donde se aborde toda la temática, se aborde a la persona, al grupo familiar, a la comunidad donde está inserta la persona, a la familia y su contexto comunitario. También lo otro importante que he rescatado, es que hay que ser súper riguroso con el tema de la infancia, porque a veces nos ha pasado que nosotros sugerimos una persona para que tenga el cuidado personal provisorio y esa persona después se arrepiente, o, dice si yo me quiero hacer cargo del niño, y después cambio de opinión, o de repente entrevistamos a una persona y da una versión el primer día y al otro da otra versión, hay que ser súper empático, pero también riguroso. Porque estamos hablando que, como los niños a veces no tienen esos conocimientos y de cómo funciona el sistema, nosotros somos los encargados de ser la voz y garantizar sus derechos.

8.2 Entrevista Directora María Acoge Elizabeth Yañez

1. ¿Podría mencionar la metodología que utiliza María Acoge?

Las metas de acuerdo con los planes de intervención que se han desarrollado, lo que tenemos que preguntarnos es porque no. Lo más probable es que haya algo que modificar en el diagnóstico. Eso como proceso de manera general planteado por las bases técnicas. En términos de epistemología, también nos plantea ciertos enfoques de trabajo que debieran ser transversales en la intervención, como el enfoque de la interculturalidad, el enfoque de derecho, el enfoque de género, la no discriminación. Eso como enfoques generales que debieran estar circunscritos en toda la intervención.

Más allá de señalar metodologías más específicas o teorías con las cuales trabajamos en el SENAME no se pronuncia mucho. Como trabajamos nosotros, el enfoque de derecho lo situamos desde los que es el enfoque de derechos humanos, no solamente de lo que es derecho de infancia. Desde ahí recogemos distintas teorías para la intervención, de una manera bastante ecléctica, porque finalmente vamos aplicando, diseñando y acotando de acuerdo a las necesidades de cada caso, de lo que se vaya necesitando.

Lo que si existen lineamientos bastantes precisos en esta institución, por ejemplo respecto al enfoque de género, relacionado con lo que es parentalidad, que es el interés de nosotros. Tanto género femenino como masculino tiene derecho de igualdad frente a la paternidad, y desde esa perspectiva tenemos familias homoparentales, masculinas o femeninas. Reconocemos en los niños y en sus familias el derecho a desplegar el género que estimen conveniente, por lo tanto desde nuestros informes integrados identificamos la identidad legal y la identidad social.

2. Y en el proceso de intervención, ¿Cuál es el rol que realizan los profesionales con las Familias de Acogida?

Cuando los niños ingresan acá (sename), ingresan cuando han sido víctimas de vulneración de derecho, vulneración de derecho como concepto viable, que son los derecho que están establecidos en la Convención de los Derechos del Niño. Sin embargo, en términos de intervención diría que rige el derecho del niño a vivir con su familia. Hacemos la distinción, porque vivir en familia no es vivir en cualquier familia, sino es el derecho del niño a vivir con su familia, por lo tanto ya nos planteamos de manera bastante clara a donde tenemos que dirigirnos, si o si, en los casos donde los niños tiene familia de acogida externa, es decir que no son familiares de ellos, a tener que hacer un despeje de la red familiar completa, y buscar si hay familias que puedan ejecutar su cuidado.

Desde esa perspectiva, nosotros intentamos conseguir los informes de hijos, ósea que es bastante complejo conseguirlos dentro del registro civil, pero intentamos identificar los que nosotros llamamos sistemas familiares derivados. En los sistemas familiares derivados utilizamos un concepto que se utiliza en las derivadas matemáticas. Este sistema familiar se configura a partir de los sistemas familiar de origen y del cual sale, porque o es expulsado de ese sistema que es lo más probable, y se desarrolla en otro sistema que le otorga condiciones más adecuadas. Esto sería como la hija mayor o la hija del medio que la mamá no la pesco y se fue a vivir con la abuelita, nunca veía a su mamá, sabe que tiene como cinco hermanos, pero no tiene mucho contacto con ellos y que mientras ellos están todos tirados, ella si logro condiciones de desarrollo más funcionales. Ese es para nosotros un sistema familiar derivado, salió de ese macro sistema para integrarse a otro, incluso buscamos eso y lo encontramos.

Con eso te diría que si nosotros teníamos catorce niños al año que se iniciaba causas de adopción, ahora tenemos uno dos. Esa sería una de las tareas. Desde esa lógica, nosotros buscamos trabajar si o si con la familia, hacer intervención con la familia. Con los niños nos enfocamos principalmente en el proceso de orden reparatorio, que tenga que ver con la experiencia de separación de su grupo familiar de origen, es decir, resignificar esa experiencia en el niño. También trabajar con la familia, trabajar a nivel de pareja, a nivel de sistema parental, del sistema parento-familiar o de los sistemas filiales, entre hermanos, o lo que se vaya necesitando de acuerdo a lo que vaya demandando la familia.

La mayor problemática que se nos presenta, sujeto a una investigación, es el tema del consumo de drogas, casi en el 99,9% de los casos, situaciones de violencia intrafamiliar, y lo que esa problemas a las base, porque en algunos caos puede haber trastornos de personalidad, adultos que posiblemente cuando niños fueron muy traumatizados o traen un complejo en el desarrollo y que evidentemente ya está instalado en la vida de todos estos. Desde ahí trabajamos con los enfoques eco sistémicos, enfoque cibernético, relacionales...

3. ¿Qué se busca hacer después con estos niños?

Lo que pasa es que en los casos que ingresan acá en su mayoría son casos en que los niños ingresan con familias de acogida, pero que son parte de su red familiar extensa, tía, tíos, abuelitos, etc. Estos tratando de hacer cumplir el derecho del niño de vivir con sus familiares. Ahí se hacen los primeros despejes de qué hacer con los progenitores, porque o sino los niños se quedan con la familia con la que llegaron acá. También haciendo todas las

intervenciones que nos permitan ir regulando las distintas variables que se van presentando, en términos de las necesidades familiares y poder hacer las intervenciones pertinentes.

En el caso de las familias de acogida externas, familias sin ninguna vinculación previa con los niños, lo que se hace es fortalecer los vínculos de apego con esta familia de acogida externa, otorgarle seguridad emocional a los niños y fortalecerla al interior de esta familia, pero sin perder de vista la familia de origen. En este caso nos posicionamos también con los progenitores y la familia de acogida externa, buscando los mismos procesos. Si encontramos que un niño llega con una familia de acogida externa, pero encontramos que tiene abuelos, por ejemplo, el niño sale de esa familia de acogida y vuelve a su familia, pudiendo evaluarla para que sea su familia de acogida extensa y seguir evaluando los procesos.

Si no hay familia de acogida extensa, y los niños están con familia de acogida externa, ahí hacemos los despejes en términos de posibilidad de adoptabilidad, que dependerá de varios factores como la edad, el perfil del niño y nivel de daño que tenga. Si es posible abrir una causa de adopción, los niños se van a ir en adopción.

4. ¿Existe después un vínculo entre la Familia de Acogida y la Familia Adoptante?

La unidad dice que no. No debería existir, meno en las prácticas citadas. Y si pasa, por cosas que la unidad de nosotros no puede regular, en que la familia adoptiva quiere mantener contacto con la familia de acogida, cosa que pasa, y son familias que se hacen amigos. Esto es interesante, porque tienen mayor soporte de seguridad, en el sentidos de que tiene “dos papas y dos mamas, es decir, mayores redes de apoyo...

5. ¿Terminan siendo como una especie de padrinos?

-Más o menos... y que pueda recurrir a ellos también. Y en la práctica ocurre, nosotros sabemos que familias adoptivas, en día domingo, han ido a la casa de ellos porque la niña los echaba de menos, los quería ver, etc. En estricto rigor no debería, pero pasan.

En el caso de los niños que no son adoptados, por las razones que sean, ahí debemos buscar una familia de acogida permanente. Tratamos de que las familias de acogidas donde están quieran tener el cuidado definitivo del niño, y si no debemos buscar familias que quieran el cuidado definitivo del niño, lo cual ya es bastante más complejo, porque no es una adopción. Los casos más complejos son adolescentes, más si son hombres, porque el ideal es que sean niños pequeños.

6. Nos podría contar sobre la experiencia del modelo que se está aplicando recién, sobre recién nacidos, o alguna sugerencia de modificación al modelo que se desea implementar.

A mí me parece interesante que hace la diferencia entre lo que nosotros hacemos actualmente y lo que se pretende desarrollar, que es el acompañamiento intrahospitalario del niño, que considero fundamental. Un niño que pase una, dos semanas, un mes o cinco meses en un ambiente hospitalario, que por muy buenas intenciones que tenga el personal es que el deterioro no va a ser menor. Para quienes han estado con niños hospitalizados en COANIL, uno se da cuenta que el deterioro es tremendo, porque el ámbito hospitalario es el ámbito hospitalario.

Nosotros tuvimos tres hermanitos, que deben haber estado un año y tanto en COANIL, y eso es mucho tiempo. Aunque la atención médica es excelente, pero por ejemplo los niños que son más grandes, están todos en un corral. Y en este caso cuando los fuimos a buscar, el salir a la calle para ellos, niños de tres años, era encontrarse con “monstruos”, las micros y los autos, el ruido, un perro etc., no saber bajar una escala, por estar acostumbrados a solo caminar en terrenos planos, es decir, el proceso de adaptación al contexto en que ellos están, en ellos era evidentemente muy reducido. Entonces el poder mantener figuras de vínculo con los niños mientras están en ambiente hospitalario, mientras más rato pase va a ser mejor para el niño en términos de desarrollo, incluso de su estado inmunológico.

-Nosotros estuvimos hoy día en una reunión con el ex subdirector médico del hospital, que ahora es jefe de pediatría, y el nos contaba que los bebés que estaban, por ejemplo en el caso de los cinco meses, lo que ellos podían atender como hospital era lo biomédico, pero la parte social o afectiva no tenían como atenderla....

-De hecho es tan relevante, que de acuerdo con la últimas teorías, los niños en su primer año de vida le instalas en su sistema neurológico, inmunológico, le instalas en “los huesos” la calidad de vida que van a tener, incluso de adulto, de ahí que sea tan fundamental. Ojala pudiéramos tener familias que fueran a ver a los niños al hospital, estar con ellos...sería fantástico, una maravilla.

-Si, y que también se pueda replicar en otros hospitales. Por ejemplo en Quilpué había una bebé que no sé cuantos meses que no la habían ido a ver....

Y... ¿Todavía está ahí?

- Sí

Pero lo que yo no entiendo es que los hospitales saben que existe el programa de familia de acogida, y no hacen nada. Y el tema cuando nos postulan guaguas, siempre tenemos gente.

-Falta la conexión con la red...

-Ósea la gente del hospital sabe, nosotros en viña tenemos....ósea desconozco el por qué no tenemos a este chiquitito.

-Los tíos se comprometieron, pero cuando les dieron la opción del cuidado dejaron de asistir. Aún desconocemos la razón, o si van a desistir o no completamente.

Que sería lo ideal, conocerlo altiro. Porque de hecho para sacar al bebe de ese hospital hay que tener una Resolución Judicial. Ahí se podría solicitar una audiencia y que el tribunal cite a los tíos y le pregunte el magistrado si ellos se comprometen.

Hay algunos elementos, por ejemplo en el caso de los niños recién nacidos, nosotros podemos conseguir el posnatal, pues es para el cuidado del bebe. Por lo tanto, si tú eres familia fe acogida y trabajas y te llega una guagua de meses, se puede tomar el postnatal. Teníamos una familia homoparental, y uno de ellos era tío de un niño, en realidad ya tenían a dos niños desde antes con nuestro programa, y le entregaron la guagua, recién nacido, de su hermana, fuimos al tribunal y conseguimos el postnatal. Para nosotros eso es un avance.

-Debería ser más difundido...

-Lo que pasa es que ahí nosotros somos muy cuidadosos con la privacidad de la gente. María Acoge, que una de las que tiene mayor cantidad de programas de acogida en la quinta región, tenemos una cantidad impresionante de niños, aquí tenemos 125, en Valparaíso deben haber como 60 o 120 mas.....ósea estamos hablan como de 300 niños solamente nosotros, pero no nos conocen mucho. Porque tiene que ver con resguardar la identidad, respetar la identidad, recordar privacidad.... Yo creo que si se puede difundir, pero nosotros no vamos a ser los que lo difundamos. Dependerá de la pareja, serán ellos quien lo gestione. Yo, al menos, trato de ser muy cautelosa.

8.3 Entrevista Doctor Eduardo Jaar

1. En primera instancia, ¿Cómo surge la idea de crear un nuevo modelo de familia de acogida?

Surge a partir de la constatación de que el programa de familia de acogida que está funcionando en este país tiene dificultades, no es bien acogido, está muy desprestigiado, no tiene buena recepción del público.

Esta desprestigiado el sistema judicial, han habido casos de maltrato, de abuso sexual y a nosotros nos parece que en su formato hay elementos que se pueden perfeccionar. Nosotros ofrecemos un modelo completamente distinto, entonces quisimos hacer algo novedoso que tiene otra forma, tiene otros criterios para su aplicación, pensando no en cambiar como se hacen las cosas en este país pero ofrecer algo que pudiese ser un aporte.

-Una alternativa diferente de acción .

Una alternativa, si, pensando que el modelo que estamos haciendo nosotros no es un modelo que pueda prestarse para ser una política pública porque nuestro modelo es mucho más sonoro, porque incluye mucho más horas profesionales y la familia que nosotros captamos son familias que hacen una única experiencia, no hacen una tras otra, porque para nosotros es muy importante que esa familia haga una experiencia y después se enamore, el duelo que implica hacer esa experiencia... Entonces no lo instalamos como familia que van a hacer una tras otra experiencia.

Entonces eso implica un trabajo mucho mayor, de captar más familias para poder recibir a todos los niños que están necesitados, entonces es mucho más difícil. Nosotros sabemos que no va a ser un objeto de política pública, puede ser una alternativa viable, que nos ofrece una forma de pensar de cómo se pueden hacer las cosas, de cómo se puede implementar un programa de esta índole .

2. En relación a la familias, ¿Cuál es la aceptación de este programa, a nivel de las familias que están optando por ser una familia de acogida a diferencia de ser una familia de acogida bajo los elementos SENAME?

Lo que pasa es que nosotros, no es que nosotros le digamos entre a este programa y este otro y tu escoges, nosotros no hacemos eso. Si la familia llega donde nosotros es porque nosotros ofrecemos un producto, nosotros no le

damos la opción de estar con uno o con otro, así que no es una comparación que nosotros podamos hacer .

Pero en general las familias son muy reacias a hacer una experiencia de este tipo, muy difícil.

-¿Y porque usted piensa que son reacias?

Porque las familias ... el principal escoyo está en el temor de la familia de no poder tolerar la entrega del niño a su familia definitiva, entonces saben de que se van a encariñar mucho con el niño, que los niños que ellos tienen también se van a encariñar con el bebé , hay mucha incertidumbre en el tiempo de estadía del niño con ellos y se van encariñar mucho, por lo tanto, va a ser muy difícil el traspaso del niño a su familia definitiva .

3. Y justo en ese momento ,todo lo que tiene que ver con SENAME ese traspaso entre una Familia de Acogida y la Familia Adoptiva en el sistema normal es muy rápido , en cambio en su modelo propone que este sea paulatino y que la familia se vaya conociendo de a poco con el recién nacido o con el niño, ¿Cuál es la motivación, cuáles con las principales teorías que avalan esa parte de su modelo?

Primero quiero corregirlo, porque no necesariamente se le da a una familia adoptiva, el niño puede ser entregado a una familia definitiva que son miembros de la familia de origen, entonces nosotros hablamos de familia definitiva, no familia adoptiva, la familia definitiva puede ser tanto una familia adoptiva como de su familia de origen.

Si, ahora usted me hizo una pregunta, ¿usted no la entiende?, ¿usted no sabe por qué pasa eso? , ¿tiene alguna idea de por que nosotros pensamos así ?

-Nosotros tenemos entendido que es por el trauma que se genera en la desvinculación de este bebé, de este criatura con la familia, entonces el apego que se había formado surge un quiebre.

Para evitar ese trauma de la separación con la familia de acogida temporal nosotros somos partidario de que la familia de acogida temporal permanezca en contacto con el bebé, cosa que no ocurre en los programas tradicionales ese es una gran diferencia, entonces nosotros decimos: "Trabajamos para que las familias definitivas entiendan el rol que cumple esa familia y le permita seguir visitando al niño y que siga en contacto con el niño, que el niño no los pierda a ellos, así efectivamente ayudamos al niño a tramitar de mejor manera

su alejamiento junto con esa familia, está más lejos pero no los pierde, sigue relacionándose con ellos, así se trabaja... Pero usted me hizo otra pregunta, me pregunto por el perdido enlace, efectivamente el periodo enlace es el período cuando la familia de acogida temporal junto al bebé se conocen con la familia definitiva y el niño va familiarizándose con su familia definitiva hasta irse definitivamente con sus nuevos papás. Cuando sus nuevos papás forman parte de su familia extendida, son una pareja habitualmente que esta visitando al niño hace ya 2 o 3 meses y que el niño se ha ido familiarizando con el ya lleva 3 meses en contacto regularmente; solo que después de un periodo de enlace, ahora se va ser contacto a un más intensivo y ahora se van a conocer las dos familias. Distinto es cuando el niño se va a una familia adoptiva, en ese caso, claro, nosotros sugerimos que el periodo de enlace sea mucho mas largo porque el niño esta vinculado con su familia de acogida temporal y como los tiene a ellos y son figuras significativas, el no desplaza tan rápidamente sus investiduras hacia esa otra nueva familia porque ya tiene el vinculo con su familia adoptiva temporal. Es distinto cuando el niño esta solo en una institución, cuando está en aislamiento afectivo y llega la familia adoptiva, el enlace es muy rápido, ,invasivo... pero acá este niño esta rodeado con su familia de acogida temporal y los tiempos que el empieza a relacionarse con su nueva familia son mas lentos, entonces si por ejemplo el juez da una sola pura semana es e niño no alcanza investir a su familia adoptiva y, por lo tanto, se lo llevan es un salto al vacío, no hay una relación todavía que los sostiene todavía son desconocidos para el.

Entonces nosotros pedimos a la justicia se tome en consideración esos factores y que se tome mas tiempo.

Lo otro elemento de la causa es que el que ayuda al niño a tramitar ese traspaso es la familia acogida, son ellos los que permiten ese traspaso, los favorece. Pero para que la familia de acogida temporal lo pueda hacer también requiere un tiempo de conocimiento de la familia adoptiva, para que vayan conociéndose uno a otro, y que la familia se vaya tranquilizando, se vaya reasegurando que es una buena familia y que va a cuidar bien al bebe. Cuando se van calmando ellos le van diciendo al bebe que se irá con esta otra familia, pero son ellos los que facilitan ese proceso, porque son ellos los procesadores del afecto del bebe, son los adultos los que hacen ese trabajo mental por el bebé.

- 4. Bárbara nos comentaba mucho de una historia que le conto usted, ella lo llamaba Gutierrito, que era un niño atribuirle mente desde ya recién nacido, cuando al momento del parto y por complicaciones no podía estar con la madre, ser el profesional del**

hospital que este en ese momento el intermediario entre el recién nacido y la madre, a través de la escucha, el habla, contarle los procedimientos que se le van a hacer, en vez de tratarlo como un simple muñeco al cual se le harán procedimientos. ¿Cuál sería una los beneficios para el recién nacido que ese tipo de conductas se realicen y cual son los beneficios hacia la madre?

Tiene que ver con una concepción del recién nacido, el recién nacido no es un tubo digestivo, no es un individuo que tiene meras necesidades fisiológicas. El recién nacido, desde el primer segundo que nace, es una persona que tiene mente, que tiene capacidades, capacidades de comunicación, tiene mecanismo defensivo, tiene un yo insipiente. El adulto tiene que aprender a relacionarse con ese otro sujeto, como un sujeto pleno. Si usted como miembro de la salud le hace un examen a un miembro que está hospitalizado, por ejemplo necesita ocultar el ruido pulmonar, y usted está haciendo un turno, como parte de un equipo, no conoce mucho la historia de ese paciente y le están pidiendo que como interno de medicina vaya y oculte sus pulmones. Antes de hacer eso usted tiene que saludarlo, se tiene que presentar, preguntarle como esta, conversar...y después de conversar unos minutos le explicara cuál es su tarea y s le puede ayudar entonces usted le pueda ocultar, entonces él va a cooperar en eso, él se va a sentar bien en la cama, le mostrara la espalda para que el medico pueda ocultar los pulmones. Ahí hay una interacción entre dos personas, usted se presenta, le habla, le pide que coopere para que usted le pueda ocultar los pulmones, pero a los bebes muchas veces no se les trata así, a los bebes la enfermera puede llegar, muchas veces sin hablarle y los muda o los baña sin que haya muchas veces intercambio de palabra, el bebe no habla, pero nosotros pensamos que el bebé entiende mucho y requiere que se le trate como la persona entera, entonces hay que anticiparle lo que uno va hacer con el. Al bebé hay decirle que lo tomare en brazo y para que el coopere con eso, hay que explicarle lo que se va a hacer con él, hay que presentarse frente al bebé, hay que hablarle todo, hay que contarle todo. Esas son concepciones que tenemos en general, entonces yo se los digo a lo papas que tienen bebes y es válido para todos, no para casos en particular.

5. Volviendo un poco al tema del modelo... Estábamos hablando el tema del enlace y eso se vincula a otro tema que es sumamente importante, que se diferencia del otro modelo, que es el tema del desapego. Sabemos que se realiza un trabajo psicosocial a la familia con el tema del desapego. Nos gustaría saber como y que

específicamente es lo que trabajan, porque es un tema que complica también a la familia, el prejuicio que se crea entorno a las familias de acogidas.... De que se van a robar al bebe, etc..... Entonces nos gustaría saber ¿Que específicamente trabajan, que es lo que hacen, si trabajan con alguna teoría, si hacen más temas prácticos?

-Usted habla de desapego, nosotros hablamos más bien de separación. La familia de acogida temporal tiene una tarea muy delicada, la tarea de acoger un bebé en su casa, quererlo, se van a enamorar de él, lo incorporaran como un miembro más de la familia y después de un tiempo lo tienen que entregar, que es difícil hacer eso.

-Una etapa de duelo..

-Claro, es difícil quererlo tanto, tratarlo como un bebe propio y después entregarlo. Es muy delicado, es muy difícil. La familia de acogida temporal sabe los limites de sus funciones. Sabe que cuando recibe un bebé tiene que firmar un documento en notaria donde dice claramente que este programa no es un programa adoptivo, no puede adoptar al niño, es una tarea transitoria y que tiene que entregarlo. Lo saben bien, lo han hablado con ellos mil veces en el estudio y preparación. Solo que el afecto que va a surgir entre ellos es muy potente. Entonces el elemento más crítico es la separación de la familia temporal con el niño y aunque es un tema futuro, no se sabe cuándo va a pasar, es un tema omnipresente, que se trabaja desde la primera vez, y se trabaja siempre, porque se constituye el elemento principal. La familia, que se expresa de muchas maneras, ¿Cómo será la familia que en definitiva lo va a tener?, ¿serán buenos padres? ¿Con un cuidado bueno?, ¿Será una familia adoptiva o será una familia extendida? Y esa familia ¿aceptará que la sigamos viendo o no lo sigamos viendo?... son muchas las interrogantes, y todo gira en torno a eso, entonces son temas muy presentes que se trabajan siempre. En la medida que se va trabajando se ayuda a la familia a elaborar esa ansiedad, se va digiriendo, se va masticando, se van viendo sus diferentes aristas para que la familia este más preparada para cuando llegue el momento de la separación.

Para que entiendan mejor, cuando un médico le indica a una persona una operación de cierta importancia, y no es de emergencia sino programada, entonces le dice: "Te voy a operar del intestino, te voy a sacar del útero, te operare en tres meses más" . Esa cirugía mayor en la persona genera angustia, se preocupa de las consecuencias de la cirugía, con todo lo que eso conlleva, será con anestesia general entonces habrá consecuencias por la

anestesia, y si se complica la cirugía, si el médico se equivoca, si yo me muero en esa operación...entonces genera mucha ansiedad. Entonces hay un modelo que se trabaja en ese caso, que se llama psicoprofilaxis quirúrgica, que trabaja con esa persona y que lo ayuda a enfrentar esa angustia de la cirugía, se trabaja sobre eso...cuales son los temores, puede pasar esto, puede pasar esto otro. Se va elaborando esa situación para que el paciente llegue con esa angustia más tramitada, cosa de que pueda enfrentar mucho mejor esa cirugía...

-Es como que la ansiedad se verbaliza....

-Y eso ayuda, ayuda a su tramitación...la ansiedad no desaparece, pero está más tramitada y eso ayuda a que la persona pueda atravesar esa situación... entendieron?

-Sí.

-Eso es lo que se hace en el proceso psicoterapéutico, que es un aporte también en este modelo, porque ninguno otro modelo incluye ese trabajo psicoterapéutico. Otra cosa que deben entender también es lo siguiente, el modelo de familia de acogida temporal promueve que esa familia haga la experiencia una y otra vez, también promueve que se le pueda entregar más de un niño, por lo tanto los otros modelos lo que hacen es que crean un contexto que no permita a esa familia invertir mucho a ese niño. Nuestro modelo en cambio, cuando nosotros decimos experiencia única con un solo bebé, creamos las condiciones para que la inversión sea mayor, que sea mayor y genuina, porque además suprimimos el incentivo económico, es decir no lo hacen por dinero, sino por solidaridad, por altruismo, por entrega genuina, entonces nosotros creamos esas condiciones para que el afecto sea genuino y sincero, lo que él bebé necesita. Pero a la vez nos exponemos a que exista mucha más dificultad al momento de separarse, si lo hacemos estrictamente en ese formato podemos favorecer la inversión mayor y puede ser más difícil separarse, con mayor razón se requiere ese acompañamiento psicoterapéutico y el trabajo con la familia. El proceso psicoterapéutico acompaña a la familia durante y después de la experiencia. Entonces después de dos o tres meses seguimos trabajando con ellos, porque después de la entrega están en un periodo, que ojalá los siguen visitando y están tramitando un poco el duelo.

6. Nosotros sabemos que usted lo está aplicando en el ámbito privado, me gustaría saber ¿Que resultados les ha dado la implementación?

Es que está en el ámbito privado. Este programa no tiene contemplado honorarios, usted sabe eso...entonces el equipo que trabaja en esto no recibe dinero. Es un programa de la fundación, pero estamos cooperando con ellos, es un programa de fábrica. Desde un principio yo quería que se hiciera en un hospital, pero el hospital San José donde lo presente en un principio no se interesaron, no quisieron tomar el programa como un programa....no tuvieron interés en hacerlo. Ahora lo vamos a hacer en el Barros Luco.

7. ¿Existe alguna diferencia el hecho de aplicarlo en una fundación y el aplicarlo en un hospital?

No. Es lo mismo. La ventaja de hacerlo en un hospital y porque es importante hacerlo con el hospital tiene que ver con otro elemento que nosotros proponemos novedoso y ningún otro programa lo incorpora, es que muchas veces el niño se queda un tiempo en el hospital por diversos motivos .

-Si

Y, por lo tanto, si ya tenemos ese trabajo incorporado como una metódica, un plan que nació evaluado y aceptado por el hospital eso no podría permitir que incorporar la familia de acogida temporal dentro del hospital y que empiece sus visitas dentro del hospital , para no dejar al niño solo durante meses sin visitas, que en ese periodo ya se daña al niño... no lo contemplan , no hacen nada , solamente esperan que el niño sea dado de alta. Entonces hay un tiempo que se pierde y es muy valioso y los niños se dañan, entonces si el hospital han incorporado como la metódica propia, podría permitir que esa familia empiece a visitar al niño en el hospital. Ahí tiene que ver todo con la construcción de psiquismo que se ve dañado.

8. ¿Tiene algún conocimiento sobre eso modelos parecidos a nivel internacional?

No conozco los otros modelos que se han hacen en otro país, en detalle , yo sé que en general son programas pagados , se pagan a familias y también que en general son familias que hacen más de una experiencia. Pero también se que son frutos de un programa que funcionan mejor que acá y que son la única vía de cuidados de esos bebés, porque allá no existen instituciones de acogida como acá, así que son programas que de verdad funcionan. Nosotros no creamos el programa nuestro como una copia, nosotros construimos el programa en base a criterios técnicos .

9. Bajo esa mirada ¿Cuál cree que es la mayor fortaleza que tiene este programa?

Gran parte del programa está construido sobre la base de favorecer que se establezca una relación genuina entre el niño y la familia de acogida temporal .

Nosotros nunca nos vamos asegura de eso no depende tanto de nosotros ,depende de ese niño y de la familia ... nosotros no podemos obviar ,pero nosotros si podemos crear la condiciones para que se dé un vínculo genuino entre esas partes . Entonces el programa está hecho y está diseñado de esa manera para favorecer y buscar las condiciones óptimas para eso, porque es niño ...es un niño que ha sido traumatizado , es un niño que tiene una situación de vida muy difícil ,que ya tiene síntomas ; que requiere, por lo tanto, un cuidado de muy alta calidad, requiere un vínculo que se instale que sea especialmente cuidadoso y de muy alta calidad para que el pueda recuperarse de ese dolor, de ese trauma y que pueda constituirse de buena forma mentalmente, nosotros cuidamos mucho de eso.

Entonces, claro, sobre todo que sea una experiencia única, con un solo bebe, motivación altruista, entonces están todos los elementos de encuadre que favorece una relación genuina.

Cuando está eso, entonces el niño se va desarrollar bien y logramos algo espectacular, porque si no, usted sabe que la otra posibilidad es que el niño se institucionalice, es dramática para ese niño y es dramático para un niño en etapa tan especial que eso después tiene consecuencias para el resto de su vida, entonces esta posibilidad se le aplica un vínculo genuino, protector de 24 hrs, no tiene precio .

10. Y usted mencionaba , que ustedes crearon el modelo según los lineamientos técnicos y según lo que usted creían que podía ser... De esa idea que ustedes tenían a cuando lo llevaron a la práctica ¿existieron muchas diferencias, tuvieron que hacer algunos cambios?

No... Hicimos un cambio en el camino , en el modelo inicial nosotros teníamos contemplado que la familia de acogida temporal iba a tener que separarse del bebé y después nos dimos cuenta de eso, entonces rápidamente introdujimos los cambios y incorporamos la idea que la familia de acogida temporal debería seguir acompañando al bebe en el transcurso del crecimiento.

11. Bueno, nosotros igual estamos en la fase de hacer la convocatoria a las familias ,como usted mismo decía, cuesta que las familias quieran ser familias de acogida por diferentes motivos, sobre todo

porque hay un desconocimiento y también existen prejuicios sobre las familias, ¿Cree usted que se deberían hacer también chalas, informar o tal vez centrarlo en los beneficios, en el apego para que también la población pueda tener un conocimiento y sepa lo importante y significativo que es ser Familia de Acogidas?

La gente en general lo ve, pero lamentablemente la mayor parte de las veces se queda más bien en el dolor propio, que es una situación real, de verdad difícil, solo que, bueno, es un gesto solidario nosotros pensamos que ellos van a tener.... Va a ser difícil desprenderse de ese niño que está viviendo con ellos y que ya no va a seguir viviendo con ellos. Sobre que esto es lo mejor que le puede pasar al niño que de verdad lo necesita y que ellos están capacitados porque tienen una mente adulta para transitar por ese pequeño duelo, tienen recursos para hacerlo, para vivirlo .

Duelo que ya no está con ellos pero ellos se van a alegrar cuando ven que están en brazos de buenos papas y que lo quieren mucho .

Y se van a alegrar de poder seguir en contacto con el niño, que son figuras y referentes para ese niño toda la vida, como una especie de padrino que puede ser para toda la vida. Pero tiene que desprenderse definitivamente de él, ya el niño no va a vivir con nosotros, hay una pérdida. La familia se va al tiro, se da esa posibilidad, la familia se coloca en el contexto diciendo “quizás yo no podría”, me voy a enamorar mucho y después no lo podría entregar, por ahí están pensando en su dolor, están pensando en ellos, y bueno hay que hacer un esfuerzo para que más que nada los adultos siempre actuemos en función de las necesidades del más pequeño, el más frágil. Hay que hacer las cosas siempre en función de ellos, aunque sea difícil para uno es lo que el niño necesita.

-Igual nosotros pensamos en hacer charlas para poder captar, pero tampoco irrumpir en la vinculación genuina, que uno quiera hacerlo porque le nace hacerlo, no por obligación, aparte de hacer la publicación en la página oficial del hospital, hacerlo también en las ONG que también tienen familias....

-Claro, partir en una convocatoria, las familias interesadas se acerquen, después nosotros explicar el funcionamiento del modelo y así si alguna familia desiste, llegar con las familias que realmente están motivadas en el proceso final. Esa es la idea de la implementación en el hospital.

-Otro tema importante que nos conversaba Bárbara, que después de este proceso de selección de la familia, para llegar oficial, tiene que pasar por un proceso de siete entrevistas.

Se estudia a la familia...un proceso de estudio....

12. ¿Nos podría explicar en qué consiste esa fase de estudio? ¿Qué aspectos ven, como lo trabajan, que hacen en las siete entrevistas?

Se hace porque es muy delicado. No basta con la motivación consiente de la familia, no basta con que pueda cumplir con todos los requisitos y que aparezca logrado, porque nosotros tenemos una conciencia y tenemos un inconsciente, un inconsciente que determina mucho nuestro funcionamiento. La familia puede estar adecuándose al programa, pero puede, por ejemplo, estar viviendo un duelo inconsciente y no se están dando cuenta que el estilo que ellos tiene de enfrentar el duelo es insuficiente, estaría contraindicando. Ellos leyeron el programa, están dispuestos a firmar un documento en donde sale que esto no es un programa para adoptar, pero pueden tener en forma oculta un ferviente deseo de adoptar, lo que se estaría contraindicando. Y hay muchos tipos de familia, están esas familias donde no siempre los hijos son de la misma familia, entonces si los hijos son de él y ella no tiene hijos, eso es más delicado, eso no funciona, los hijos deben ser de los dos. Hay muchas situaciones que tenemos que pesquisar bien y hay que ser muy delicado. Si hay un vínculo genuino debemos estudiar la capacidad de estos papas de poder vincularse bien con ese niño, de quererlo, de entender su yo interno, de acompañarlo como corresponde. Entonces conocer la historia de esos adultos, como fueron cuando bebés, como funcionan como pareja, como han sido como papás con sus propios hijos, cual es el ambiente de la familia, ¿hay violencia intrafamiliar? Eso es dentro del grueso, pero más allá si no hay violencia, como se relacionan unos con otros. Entonces hay muchos elementos que nosotros estudiamos conocer a la familia y saber si esta familia es idónea para vivir esta experiencia.

13. Ese periodo de estudio, ¿cuánto dura?

No tiene un periodo de duración, se hacen entrevistas familiares, de pareja e individuales y se hacen test proyectivos también.

14. ¿Tiene un dato estadísticos de la cantidad de familia que cumplan con esta investigación?

Yo creo que más de la mitad de las familias que entran a esta evaluación son desestimadas. Quieren, nosotros las estudiamos, pero finalmente consideramos que no cumplen y las desestimamos.