



prevención

inclusión

Cuidado de niños pequeños

MODELO PARA LA PREVENCIÓN
DEL ABANDONO Y LA INSTITUCIONALIZACIÓN

operadores



RELAF
Red Latinoamericana de
Acogimiento Familiar

unicef

ELABORACIÓN, REDACCIÓN Y EDICIÓN DEL MODELO

DIRECCIÓN: Matilde Luna.

Apoyo técnico: Irene Salvo Agoglia.

Diseño gráfico y editorial: Luciana Rampi.

Ilustraciones: Patricia Freideles.

Corrección de estilo y ortotipográfica: Javiera Gutiérrez y Pablo Valle.

Entidades responsables de la publicación: RELAF y UNICEF.

Referentes de la publicación por las entidades: Matilde Luna, Directora de Proyectos de RELAF; María Elena Úbeda, Especialista en Desarrollo Infantil Temprano, UNICEF-LACRO, y Nadine Perrault, Asesora Regional de Protección de la Niñez, UNICEF-LACRO.

Los autores agradecen a la Fundación Niñ@Sur por la contribución inicial en la creación del Modelo: Marta Pesenti, Victoria Martínez, Nora Loprette y Alejandra Del Grosso; a quienes participaron en la validación del modelo en un grupo focal desarrollado en Buenos Aires, Argentina: Sara González, Referente de Región Cuyo, Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, Argentina; Viviana Mamome, Coordinadora Área Niñez y Adolescencia de consultorios externos de Salud Mental, Hospital Piñero, Argentina; Débora Miculitzki, Directora de Promoción de Derechos y Prevención del Maltrato Infantil, Programa IELADEINU, Argentina; Ana Lía Ruiz, Miembro de la Sociedad Argentina de Primera Infancia y Académica de la Universidad de Buenos Aires; Florencia Calcagno, Programa Nacional de Desarrollo Infantil “Primeros Años”, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Argentina; Susana Echevarría, Secretaria General de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional Federal, Buenos Aires, Argentina; Gabriel Calzetta, Supervisor Técnico, Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional Federal, Buenos Aires, Argentina; Marta Pesenti, Victoria Martínez y Alejandra Del Grosso, Fundación Niñ@Sur para los derechos humanos. Y agradecen asimismo los aportes de los siguientes miembros de UNICEF-LACRO: María Elena Úbeda, Especialista en Desarrollo Infantil Temprano; Cecilie Modvar, Especialista en Protección de la Niñez; Nadine Perrault, Asesora Regional de Protección de la Niñez; Luisa Brumana, Asesora Regional de Salud; Stefano Fedele, Especialista Regional de Nutrición; Cristina Troya, Especialista Regional de Discapacidad, y Gerardo Escaroz, Especialista de Política Social, por sus aportes y su colaboración en el desarrollo del Modelo. Este Documento fue realizado por expertos independientes. En consecuencia, las opiniones y las propuestas que aquí se incluyen no reflejan necesariamente el punto de vista de RELAF y UNICEF.

Esta publicación fue realizada por un grupo de expertos independientes. En consecuencia, las opiniones y propuestas que aquí se incluyen no reflejan necesariamente el punto de vista de UNICEF.

Buenos Aires, Argentina, julio de 2015

índice.



INTRODUCCIÓN	5	Tercera parte.	37
DEFINICIONES	6	PÉRDIDA TEMPRANA DE CUIDADOS PARENTALES	
METODOLOGÍA	7	1. Pérdida temprana de cuidados parentales por orfandad	37
RESUMEN	8	2. Pérdida temprana de cuidados parentales por diversas formas de maltrato	38
MARCO DE INTERVENCIÓN	9	3. Abandono	40
Primera parte.	11	4. Negligencia	41
FUNDAMENTOS DEL MODELO:		5. Pérdida temprana de cuidados parentales por entrega al cuidado de otros	44
OBJETIVOS Y ENFOQUES		6. La separación involuntaria por intervención estatal y la ubicación de niños pequeños en instituciones de cuidado	45
1. Objetivos del Modelo	11	7. Trabajo en casos de separación	46
1.1. Promover el cuidado temprano	11	Cuarta parte.	49
1.2. Prevenir la separación innecesaria del niño pequeño de sus cuidadores	12	PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE NIÑOS PEQUEÑOS	
1.3. Prevenir el ingreso innecesario a modalidades de cuidado alternativo	13	1. El acogimiento familiar de niñas y niños pequeños	50
1.4. Prevenir y erradicar la institucionalización de niñas y niños pequeños	13	1.1. Acogimiento en familia extensa, la primera opción	50
2. Enfoques del Modelo	14	1.2. Acogimiento familiar en ámbitos no conocidos previamente	50
2.1. Enfoque de derechos	14	1.3. Objetivos y preparación de las familias de acogida	51
2.2. Enfoque del ciclo vital	15	1.4. Temporalidad, derechos y familia de origen en el acogimiento	51
2.3. Enfoque de género	16	2. La adopción de niñas y niños pequeños	52
2.4. Enfoque intercultural	17	2.1. La estigmatización de las madres y los padres que deciden entregar en adopción	53
2.5. Enfoque inclusivo y de no discriminación	17	2.2. El proceso de separación	54
2.6. Enfoque sistémico	18	2.3. Procesos de separación y duelo	54
Segunda parte.	23	2.4. El respeto por los tiempos de las familias de origen y del niño	56
FORTALECER EL CUIDADO TEMPRANO EN DISTINTAS SITUACIONES Y CONTEXTOS		BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTOS CONSULTADOS	59
1. De la función materna a la co-responsabilidad en la función de cuidado temprano	23	PREVENCIÓN DE SEPARACIÓN Y ABANDONO DE NIÑOS PEQUEÑOS	65
1.1. El cuidado desde la etapa prenatal	24	1. Prevención de separación y abandono de niños pequeños	67
1.2. Nutrición y lactancia materna	25	2. Vulnerabilidades específicas	69
1.3. Bebés prematuros	26		
1.4. Deseo de maternidad	27		
2. Contextos de vulnerabilidad	27		
2.1. Maternidad y paternidad adolescente	28		
2.2. Violencia sexual como inicio y marco del embarazo	29		
2.3. Depresión posparto	30		
2.4. Maternidad y paternidad en situación de privación de libertad	31		
2.5. Discapacidad	33		



Introducción

1 Iniciativa regional desarrollada por UNICEF y RELAF desde 2012 que tiene como objetivo colocar en la agenda pública de los gobiernos latinoamericanos la problemática de las niñas y niños menores de tres años que se encuentran viviendo en instituciones y lograr el reemplazo de la internación por el cuidado en familias, como así también prevenir las separaciones de las niñas y niños de sus familias de origen. Más información disponible en: www.hablapormi.org.

2 En la redacción, utilizaremos indistintamente “niños” o “niños y niñas”. En todos los casos, salvo indicación en contrario, nos referimos a los niños y las niñas menores de 3 años.

Este Modelo de trabajo se presenta como parte de las acciones desarrolladas en el marco del “Llamado a la acción contra el internamiento de niños y niñas menores de tres años en instituciones de protección en América Latina y el Caribe”.¹

La existencia de niñas y niños pequeños² que residen en instituciones en diversos países de nuestra región implica una grave violación de derechos. Los niños más pequeños son considerados los más vulnerables a sufrir el impacto de la institucionalización. Se estima que, por cada año que una niña o un niño menor de 3 años vive en una institución, pierden 4 meses de desarrollo. Asimismo, la violencia en las instituciones es 6 veces mayor que en los programas de cuidado alternativo de tipo familiar, y la violencia sexual, 4 veces mayor.

Dada la complejidad de los contextos, las situaciones y los factores de vulnerabilidad que pueden derivar en la pérdida temprana de cuidados parentales, se deben desarrollar múltiples acciones integrales en diversas dimensiones y niveles de incidencia. Este Modelo enfatiza las acciones de prevención del abandono y de la institucionalización de niñas y niños pequeños. Se considera que esto puede ayudar a evitar:

- *Los abandonos tempranos, producto de situaciones de inequidad social o de falta de apoyo a los cuidadores principales de niños pequeños.*
- *Las separaciones innecesarias y arbitrarias de los niños pequeños respecto de los cuidadores de su entorno familiar y comunitario de origen.*
- *La institucionalización de niños pequeños.*

El Modelo centra su mirada en el fortalecimiento de la corresponsabilidad en el cuidado de las niñas y los niños pequeños, entre quienes ejercen la *función de cuidado temprano* (en adelante, FCT), *familia extensa, comunidad, profesionales de servicios y gestores de políticas públicas*. El fin es conformar una gran comunidad de cuidados con diversos grados de participación y responsabilidad, en coherencia con el marco de acción que ofrece la Convención sobre los Derechos del Niño (en adelante, CDN), en lo relativo al derecho a vivir en familia y comunidad.

La FCT se define como la que ejercen uno o más adultos en relación con la atención oportuna de las necesidades de la niña o el niño pequeño, su crianza, su protección, el cuidado de su salud y nutrición, su vinculación afectiva y social, y la estimulación integral que éste requiere.

Definiciones

- **Abandono:** comportamiento de dejar, definitiva y totalmente, a quien se debe cuidar, sin el necesario cuidado o resguardo en la acción de separación.
- **Corresponsabilidad:** aplicada como un principio para organizar el cuidado de los niños, implica la asunción de responsabilidades por parte de las mujeres y los varones de la familia, con el apoyo del Estado, los empleadores y la comunidad.
- **Cuidado alternativo:** es una opción de cuidado fuera del núcleo familiar de origen; procede cuando éste se encuentra en imposibilidad de asumirlo. Puede ser resultado de un “arreglo entre las partes” (familia de origen con personas de la familia extensa o con vínculos comunitarios, a quienes se delega voluntariamente el cuidado); o bien puede ser el resultado de la intervención de una autoridad administrativa o judicial.
- **Enfoque:** contiene principios para conocer, comprender y abordar problemáticas complejas que, entrelazadas constituyen un paradigma. El conocimiento adquirido en el aprendizaje del enfoque permite orientar la actuación de los profesionales y los operadores que trabajan con niños.
- **Función de cuidado temprano:** se define como la que ejercen uno o más adultos en relación con la atención oportuna de las necesidades del niño pequeño, su crianza, su protección, el cuidado de su salud y su nutrición, su vinculación afectiva y social, y la estimulación integral que requiere. Se atribuye a quien ejerce el cuidado efectivamente, sin que sea necesaria una vinculación sanguínea o un lazo formal de parentesco.
- **Institucionalización:** inclusión en residencias, comúnmente denominadas “hogares”. Las instituciones pueden ser diversas en su tamaño y sus características.
- **Interés superior del niño:** es un principio de interpretación denominado también “mejor interés del niño”. Está comprendido en el artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN); es una consideración primordial y una garantía para la toma de decisiones que afecten a todo niño; obliga a legisladores, autoridades, profesionales de instituciones públicas y privadas, y padres, a regirse por este principio. Supone la máxima satisfacción posible de todos los derechos del niño, sin discriminación por motivo de etnia, condición social, sexo, color, religión, idioma, discapacidad o cualquier otra condición o atributo.
- **Negligencia:** puede ser definida principalmente como una dificultad de los adultos que tienen bajo su responsabilidad el cuidado, y también es posible considerarla una forma de abandono, que se expresa no cuidando apropiadamente, sin apartarse del niño.
- **Separación y entrega voluntaria:** se produce cuando los cuidadores dejan a los niños con otras personas comprometidas con el cuidado –familiares, amigos o vecinos–, en forma prolongada o permanente.
- **Situación de vulnerabilidad:** se refiere a las condiciones en las que se dificulta o imposibilita el acceso de las personas al cumplimiento de sus derechos.

Metodología

Este documento fue construido a partir de una revisión y un análisis exhaustivo de instrumentos jurídicos e institucionales, y publicaciones científicas, por un lado, y del conocimiento y el análisis de experiencias existentes para promover la protección de niños pequeños, por otro lado.

El trabajo fue validado a través de su lectura y su discusión en un taller desarrollado con un grupo de expertos especializados en protección de la niñez y desarrollo integral infantil.

Al final, la publicación cuenta con un apartado donde se encontrarán todas las investigaciones y los documentos consultados.

Resumen

En la *primera parte* de este documento, se describen y establecen los **fundamentos** del Modelo de Prevención: los **objetivos específicos** que se pretenden alcanzar y los **enfoques principales** que guiaron la actuación.

La *segunda parte* contiene aspectos relacionados con **la gestación, el nacimiento y la crianza en los primeros años de vida, en distintas situaciones y contextos de vulnerabilidad**. En este sentido, se abordan, en un primer apartado, el cuidado desde la etapa prenatal; la nutrición y la lactancia materna; el caso de los bebés prematuros, y el deseo de maternidad. Luego, en un segundo apartado: la paternidad y la maternidad durante la adolescencia; la violencia sexual como inicio o marco del embarazo; las mujeres que padecen depresión posparto; madres o padres privados de libertad, y la presencia de discapacidad en niños pequeños o en sus cuidadores.

En la *tercera parte*, se abordan las situaciones en las que **los niños han perdido el cuidado parental** a causa de orfandad, maltrato, abandono, negligencia, entrega al cuidado de otros y separación involuntaria.

La *cuarta parte* aborda la descripción y la metodología para **prevenir y erradicar la institucionalización** de niños pequeños, tomando en cuenta las dos únicas modalidades que pueden considerarse adecuadas frente a la pérdida transitoria o definitiva de cuidados parentales: el acogimiento familiar y la adopción.

En el apartado “Bibliografía y documentos consultados”, se consignan las **investigaciones científicas, los documentos de trabajo, las publicaciones y los instrumentos de derechos humanos** que han sido la base para la conceptualización de este Modelo, que podrán ser consultados para ampliar los conceptos y las pautas que aquí se presentan.

Marco de intervención

El documento está acompañado de un marco de intervención en el que se proponen *pautas* de actuación, dirigidas a operadores y profesionales de los distintos sectores que trabajan con niñas y niños pequeños, y sus familias, para prevenir el abandono, la separación innecesaria de su contexto familiar y comunitario, y la institucionalización.

Las *pautas* están dirigidas a equipos profesionales y técnicos de salud, educación temprana y protección de la infancia, que trabajan directamente con cuidadores de niñas y niños pequeños, sus familias de origen y sus comunidades; aportan herramientas de actuación que les permitan conocer y distinguir los factores y los contextos de riesgo y de protección relacionados con la pérdida de cuidados parentales.

Su finalidad es poner en marcha los dispositivos más adecuados para prevenir el abandono y la separación innecesaria de las niñas y los niños pequeños de su entorno familiar y comunitario.

familia

inclusión

comunidad

fortalecimiento

apoyo



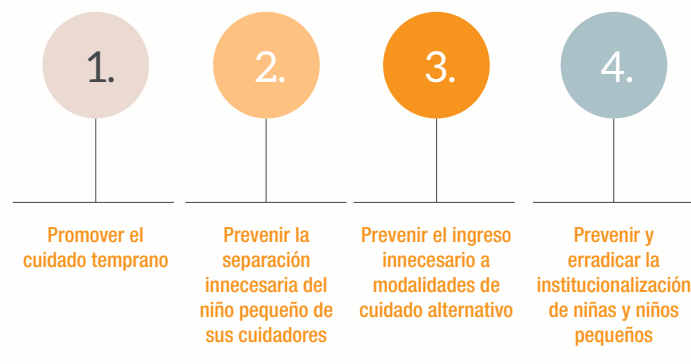
prevención



primera parte.

FUNDAMENTOS DEL MODELO: OBJETIVOS Y ENFOQUES

1. Objetivos del modelo



1.1. Promover el cuidado temprano

La CDN (1989) sitúa a la familia como el entorno privilegiado e indiscutible de desarrollo de los niños; por ello, abogar por el cumplimiento de sus derechos conlleva necesariamente promover acciones directas para garantizar que los adultos de referencia se encuentren en condiciones de cuidarlos apropiadamente; puesto que el ejercicio de los derechos de los niños pequeños

depende significativamente de las capacidades y los recursos disponibles de sus cuidadores principales.³

Las capacidades de cuidado dependen enormemente de las circunstancias económicas, del nivel de estabilidad política de la comunidad y del país, del acceso a la información y a los servicios básicos, de las legislaciones y de las políticas, los planes y los programas públicos dirigidos a las familias y a la infancia. Las familias requieren apoyos de diversa índole para poder cuidar y atender satisfactoriamente las múltiples necesidades de las niñas y los niños pequeños.

Se debe garantizar un trabajo conjunto de apoyo y atención a las familias, mediante programas de protección social, atención de la salud y educación inicial, subsidios a la maternidad y la paternidad, y apoyos financieros que permitan que los cuidadores puedan dedicar tiempo y atención de calidad a sus hijos pequeños. Además, deben contemplarse acciones directas y apoyos dirigidos a los cuidadores, que fortalezcan sus capacidades y promuevan el bienestar de los más pequeños, y la permanencia en sus entornos familiares y comunitarios de origen.

Las acciones dirigidas, por parte de los operadores y los profesionales, al fortalecimiento de las capacidades de los cuidadores principales deben brindarles un rol activo en la toma de decisiones que los afectan, en la construcción de los objetivos a lograr, en el diseño del plan de intervención, en las estrategias y las metodologías que se utilizan, y en la forma de evaluar avances y resultados.

Ha quedado demostrado que la participación activa de las familias garantiza resultados más positivos y satisfactorios que cuando las decisiones las toman exclusivamente agentes externos a ellas. Por ello, este Modelo ofrece bases conceptuales y guías de actuación que destacan la importancia de considerar –en el diseño de las intervenciones dirigidas a los cuidadores– su interés, su motivación, su implicación, y de estimular su participación activa, estableciendo con ellos una relación colaborativa.

La comunidad también requiere apoyo con el fin de generar condiciones favorables para el desarrollo y el bienestar de las niñas, los niños y sus familias, para facilitar el cumplimiento del rol de los cuidadores primarios y condiciones favorables para la crianza.

1.2. Prevenir la separación innecesaria del niño pequeño de sus cuidadores

Esto supone implementar políticas de prevención de la separación de las niñas y los niños pequeños de su entorno familiar y comunitario de origen. Este Modelo pretende aportar a la preservación de ese vínculo, interviniendo tempranamente y orientando el accionar a la permanencia del niño en su familia y su comunidad, siempre y cuando no sea contrario a su interés superior.

El interés superior del niño es una consideración primordial y una garantía para la toma de decisiones que afecten a toda niña y todo niño, obligando a los legisladores, las autoridades, los profesionales

³ Los términos “cuidadores tempranos”, “cuidadores primarios” y/o “cuidadores principales” se utilizarán indistintamente a lo largo de la publicación, entendiéndose por ellos a las personas adultas a cargo de ejercer las principales funciones de cuidados del niño pequeño en la vida cotidiana.

de instituciones públicas y privadas, y a los padres, a regirse por este principio. Supone la máxima satisfacción posible de todos los derechos de la niña o el niño.

1.3. Prevenir el ingreso innecesario a modalidades de cuidado alternativo

La prevención del ingreso a las modalidades alternativas de cuidado se considera un proceso clave para garantizar que el acogimiento alternativo de las niñas y los niños sea utilizado únicamente cuando *sea necesario (principio de necesidad)* y que el entorno elegido sea el más *apropiado* respecto de las necesidades y las circunstancias del niño (*principio de idoneidad*).

De no poder evitarse la separación de las niñas y los niños pequeños de sus cuidadores, deberá evaluarse, como primera opción, una ubicación con las personas y las familias cercanas al niño y a su familia. Con este fin, es fundamental conocer en profundidad la red familiar del niño, para explorar una posible acogida, ya sea temporal o definitiva.

1.4. Prevenir y erradicar la institucionalización de niñas y niños pequeños

En la mayoría de los países de nuestra región, aún se observa una utilización desmedida de la institucionalización de niñas y niños, por razones de protección. En muchas ocasiones, operadores y profesionales de diferentes sectores y disciplinas continúan trabajando con la convicción de que los cuidados residenciales son apropiados y convenientes cuando un niño debe ser separado de su familia de origen.

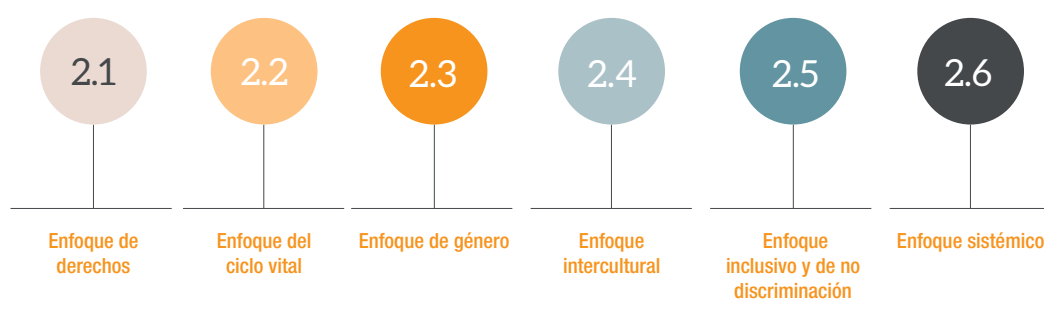
4 Diversas evidencias respecto de esto se desarrollan en profundidad en el informe *La situación de los niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe*, elaborado por encargo de la Oficina Regional de UNICEF (2013).

Los operadores deben conocer la extensa evidencia científica que informa sobre los daños físicos y mentales relacionados con la privación de un ámbito familiar y con la experiencia de institucionalización en etapas tempranas del desarrollo; estos daños llegan, a veces, a ser irreversibles.⁴ Deben tener claro que vivir en familia y comunidad es un derecho de las niñas y los niños, y una experiencia fundamental para su bienestar integral.

Por ello, el cuidado residencial de bebés, niñas y niños pequeños debe evitarse siempre, y ser reemplazado por medidas de cuidado familiar alternativas que garanticen su protección integral temporal mientras se procede a instrumentar medidas definitivas: el retorno a la familia de origen o la adopción.

2. Enfoques del Modelo

El Modelo se basa en enfoques para comprender y abordar las distintas temáticas y problemáticas implicadas en la prevención del abandono y la institucionalización. Estos enfoques constituyen orientaciones fundamentales e imprescindibles para la actuación de los profesionales y los operadores que trabajan con niñas y niños pequeños:



2.1. Enfoque de derechos

El Modelo de trabajo se basa en los instrumentos de derechos humanos vinculados con la protección integral de derechos de las niñas y los niños. En este plano, la CDN es la principal herramienta orientadora y se sostiene en los principios rectores de:

- *Universalidad.*
- *Interés superior del niño.*
- *No discriminación.*
- *Derecho a la vida y al desarrollo.*
- *Participación.*

Se tienen en cuenta, además, la *Observación general N.º 7 del Comité de los Derechos del Niño* (2005),⁵ referida específicamente a los derechos de la primera infancia, y las *Directrices sobre modalidades alternativas de cuidado de las niñas y niños* (en adelante, “las Directrices”), aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2009.

En el preámbulo de la CDN, se señala que “el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión”. Asimismo, se reconoce 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 niñas y niños, debe recibir protección y asistencia necesarias”.

A partir de ello, se enfatiza la importancia de garantizar el apropiado cuidado temprano de las niñas y los niños por parte de diferentes adultos que pertenezcan a su entorno familiar de origen. En el cuadro siguiente, se destacan los artículos de la CDN que subrayan la importancia del derecho a la *vida familiar*.

⁵ El Comité de los Derechos del Niño es un organismo de la Organización de Naciones Unidas, conformado por expertos, que tiene por misión examinar e impulsar el cumplimiento de la CDN en los países, a través de diversos mecanismos; entre otros, la emisión de “Observaciones generales”, documentos en los que se desarrollan aspectos relativos a la protección de los derechos de la infancia.

Derecho a la vida familiar (CDN)							
ART. 5	ART. 8	ART. 9	ART. 10	ART. 16	ART. 18	ART. 26	ART. 27
Derecho a que la familia de origen, la familia ampliada y la comunidad sean respetadas y apoyadas.	Derecho a preservar la identidad y las relaciones familiares.	Principio de no separación de la familia.	Derecho a la reunificación familiar.	Derecho a estar libre de injerencias arbitrarias en su familia.	Crianza a cargo de los padres y asistencia del Estado a los padres para el desempeño de sus funciones.	Derecho a la seguridad social, y que las personas que sostienen al niño puedan percibir los apoyos.	Asistencia material y programas de apoyo del Estado a padres, respecto de la nutrición, el vestuario y la vivienda.

2.2. Enfoque del ciclo vital

Si bien las definiciones de *primera infancia* pueden variar según determinados enfoques y disciplinas, existe un consenso establecido sobre la base de las recomendaciones de la mencionada *Observación general N.º 7* del Comité de los Derechos del Niño; allí se señala que Primera Infancia es aquel período del ciclo vital de un ser humano comprendido entre el nacimiento y los ocho años de edad.

Este Modelo está centrado en la etapa que abarca desde la gestación hasta los tres años de edad; a esa etapa se hace referencia cuando se habla de niños pequeños.

El Modelo adopta el enfoque del ciclo vital con la convicción de que estos primeros años de la vida son la base de la salud física y mental, de la seguridad emocional, de la identidad cultural y personal, y del desarrollo de las competencias sociales y las bases para el aprendizaje a lo largo de la vida. Por ello, se ha destacado que, para los niños de esta edad, son de máxima relevancia los derechos al afecto, a la alimentación, a estar sano, a educarse, a interactuar y a jugar, pues estos son algunos de los factores ambientales que intervienen en la trayectoria de desarrollo que el niño puede seguir.

Diversas investigaciones⁶ indican que el período de los primeros tres años de vida es fundamental para el desarrollo humano. Estos años contienen un gran potencial de crecimiento y desarrollo, pero también constituyen una etapa en la que las niñas y los niños son particularmente vulnerables a sufrir daños o a no lograr desarrollar plenamente sus potencialidades.

Desde las neurociencias, existe evidencia de que estas primeras experiencias infantiles moldean el desarrollo cerebral. La plasticidad cerebral que tiene lugar, sobre todo, durante los tres primeros años de vida es asombrosa, y el cerebro de los niños se desarrolla a un ritmo sin precedentes.

6 Ver James Heckman, "Labor Market Returns to Early Childhood Stimulation: A 20-Year Follow Up to An Experimental Intervention in Jamaica", "The Dollars and Cents of Investing Early: Cost-Benefit Analysis in Early Care and Education" y "The Productivity Argument for Investing in Young Children". (Recordamos que quienes quieran profundizar en las investigaciones que dan sustento al Modelo cuentan con las referencias documentales incluidas en la sección "Bibliografía y documentos consultados", al final de esta publicación).

La relación estrecha y constante entre experiencia y genética da forma al cerebro, concebido como un “órgano social”, cuyo desarrollo depende de la influencia de una serie de factores ambientales. Lo que más necesita el cerebro del niño para poder crecer adecuadamente son las interacciones con sus cuidadores.

Para disciplinas como la psicología o la pedagogía, se considera que la primera infancia es un período especialmente crítico, durante el cual el desarrollo de los niños puede verse afectado si no reciben estímulos adecuados.

Las intervenciones efectuadas en este periodo acarrearán beneficios a largo plazo y son más efectivas si se dan en los momentos críticos del desarrollo, razón por la que deben iniciarse lo más tempranamente posible.

Esto muestra la magnitud de la responsabilidad que tienen las sociedades, las familias y los Estados en el impulso de políticas y programas de intervención temprana en esta materia, desde los sectores de salud, nutrición, educación y protección.

2.3. Enfoque de género

El grado de inequidad en las relaciones de género y las valoraciones jerárquicamente diferenciadas entre varones y mujeres presentes en nuestra región afectan directamente la calidad y la cantidad de la atención y del cuidado recibido durante la primera infancia según el sexo de cada niño. Al acentuar el rol materno en el cuidado temprano, se ponen la carga y la responsabilidad exclusivamente sobre las mujeres.

Las aún insuficientes políticas públicas y acciones privadas en favor de la articulación entre vida laboral y familiar, las particularidades de los mercados laborales y la desigual distribución de oportunidades que caracterizan la región se traducen en una persistente inequidad socioeconómica y de género.

Por ello, durante los últimos años, algunos gobiernos se encuentran diseñando e impulsando diversas políticas orientadas a la organización social del cuidado. Se destacan, entre otras, el desarrollo de servicios de cuidado, las licencias y los permisos parentales para ejercer el cuidado, medidas enmarcadas en propuestas de conciliación entre vida laboral y familiar, bonos para ejercer el cuidado y la organización de sistemas nacionales de cuidado.⁷

⁷ Experiencias como la Red Nacional de Cuidado y Desarrollo Infantil (Costa Rica) y el Sistema Nacional de Cuidados (Uruguay), entre otras.

Se debe tener en cuenta también que, en amplios sectores sociales de los países de nuestra región, aún predomina la preferencia por el hijo varón, y el nacimiento de una niña puede ser recibido por las familias con decepción. En ese contexto, los servicios de salud y el personal médico deben estar alertas frente a situaciones de trato negligente, y ser capaces de observar las diferencias al respecto entre las mujeres y los varones.

También se valora la importancia de ofrecer a las mujeres y a sus parejas oportunidades para decidir responsablemente sobre la procreación, ampliando al máximo las posibilidades de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y atender integralmente su salud física y su cuidado emocional durante el embarazo, el parto, el puerperio y el período de lactancia.

2.4. Enfoque intercultural

La evidencia empírica provista por distintas investigaciones muestra que los programas dirigidos a la primera infancia y las familias fracasan si no son culturalmente pertinentes y no consideran los patrones locales de crianza relativos al cuidado de niñas y niños. Por ello, es necesario implementar medidas de apoyo apropiadas y respetuosas de las particularidades culturales de las familias, para prevenir la separación y la institucionalización, o promover la revinculación familiar.

Deben diseñarse e implementarse acciones que atiendan las características específicas de poblaciones infantiles que aún han sido escasamente atendidas: niñas y niños de sectores rurales, de sectores de alta dispersión poblacional o de comunidades indígenas, entre otros. El reto fundamental consiste en buscar el nexo entre las niñas y los niños y su realidad cultural y familiar singular, para abordar los programas desde su propio estilo de vida, sus necesidades específicas, su cosmovisión y costumbres.

A la vez, este enfoque también considera la necesidad de interpelación pertinente y respetuosa, erradicando aquellas creencias, mitos o pautas culturales que sean contrarias al *interés superior de la niña y el niño* y pongan en peligro la plena satisfacción de sus derechos y necesidades integrales.

2.5. Enfoque inclusivo y de no discriminación

Los operadores y los profesionales deben desarrollar actitudes y acciones inclusivas y no discriminatorias, de modo que todas las niñas, los niños y sus cuidadores que se vean afectados por diferentes circunstancias puedan acceder a los distintos servicios de apoyo que requieran, sin ser excluidos ni estigmatizados por razones de ninguna índole (pobreza, etnia, religión, sexo, discapacidad, etc.).

El marco de derechos otorgado por la CDN enfatiza el principio de igualdad y no discriminación, y establece para los Estados la obligación de garantizar todos los derechos para las niñas y los niños, sin distinción alguna. Asimismo, la obligación de los Estados al respecto incluye las prácticas discriminatorias dirigidas hacia niños, que pretendan fundamentarse en las características de sus padres o sus tutores.

En palabras de la CDN: “Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa

de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o de sus tutores o de sus familiares” (Art. 2).

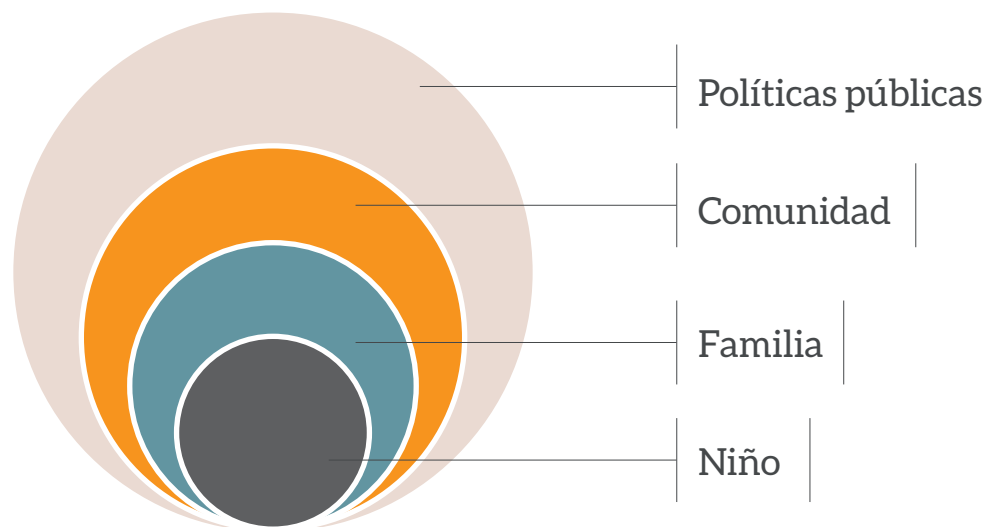
Del mismo modo, debe considerarse la situación particular de niñas y niños que nacen con algún tipo de discapacidad o de necesidades especiales, o las desarrollan tempranamente. La CDN consagra por completo el Art. 23 a este asunto: “Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a valer por sí mismo y faciliten la participación activa del menor en la comunidad”.

Por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece que los niños con discapacidad tendrán igualdad de derechos, no serán separados de sus padres contra su voluntad, excepto cuando las autoridades determinen que ello es en el interés superior del niño, y en ningún caso serán separados de sus padres debido a una discapacidad del niño o de los padres (Art. 23).

Por otra parte, las Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado señalan, en consonancia con la CDN, que las decisiones, las iniciativas y las soluciones respecto de las modalidades alternativas de cuidado deben adoptarse con la finalidad de garantizar principalmente la seguridad y la protección del niño, y deben estar fundamentadas en su interés superior y sus derechos, de conformidad con el principio de no discriminación y considerando debidamente la perspectiva de género.

2.6. Enfoque sistémico

Una perspectiva sistémica considera las distintas dimensiones o niveles de acción y tiene al niño como finalidad; se incluyen a los actores y sus interacciones, que deben estar en articulación para una actuación preventiva oportuna y eficaz.



a. La dimensión vincular

El niño tiene, desde su nacimiento, la capacidad fundamental de relacionarse socialmente, pero sólo podrá desarrollarla siempre y cuando exista alguien, en su entorno disponible, para establecer esta relación: un cuidador primario.

Para poder ejercer el cuidado y la atención temprana, siempre debe existir –al menos– un adulto que lleve a cabo las acciones necesarias para el cuidado apropiado de todo niño pequeño. El ejercicio y el rol del cuidado pueden construirse a partir de un lazo biológico, es decir, iniciarse en la familia de nacimiento del niño; o bien puede construirse a partir de un lazo social, a través del cual el adulto toma esa responsabilidad.

La legitimación del rol de cuidador puede darse a través de diferentes vías: por ejercicio directo de los progenitores, por delegación de los progenitores, por delegación del entorno familiar inmediato, o mediante delegación de las instituciones que intervienen en la protección integral del niño.

Los cuidados tempranos deben ser ejercidos, de modo simultáneo y complementario, por más de una persona con el grado de madurez necesaria para su desempeño. Por ser el apego uno de los atributos centrales del vínculo con niñas y niños pequeños, se debe introducir una distinción respecto de cómo ha sido definida tradicionalmente esta noción. La evidencia científica indica que la construcción de un patrón de apego seguro, principalmente con las figuras parentales, es vital para la supervivencia del lactante y para fomentar en el niño la contención psíquica, la adquisición de un sentido respecto de sí mismo y la exploración del mundo que lo rodea.

Los cuidados tempranos no deben ser establecidos de modo excluyente por una persona, sino que deben ser complementados por un sistema conformado por diversos cuidadores adultos, del entorno significativo del niño. El cuidado de niñas y niños pequeños puede ser ejercido por más de un sujeto adulto. Y, en los casos en los que se detecte una situación de vulnerabilidad, *se debe identificar una figura complementaria que asegure el cuidado a través del apoyo activo a los cuidadores principales.*

Por eso, se deberá localizar, evaluar y apoyar a alguna persona del entorno en condiciones de cumplir ese rol complementario. De esta forma, la idea de “sustitución” queda desplazada por las nociones de “complementariedad”, “coeducación” y “corresponsabilidad”.

b. La dimensión del entorno familiar y comunitario inmediato

La familia constituye un espacio de resguardo, afecto, relaciones solidarias y cooperativas entre quienes la componen. Entendemos la familia no tanto por la composición formal o estructural, sino por el cumplimiento de las *funciones* de resguardo y protección de todos quienes pertenecen a ella, prioritariamente las niñas y los niños.

Es, además, importante que la familia esté integrada a su entorno comunitario, gozando de relaciones sociales apropiadas de vecindad, compartiendo espacios de cultura, de recreación,

y usufructuando los beneficios de los que se dispongan comunitariamente en relación con la protección de la salud, la educación, la seguridad, etc., de todos sus miembros.

c. La dimensión de las instituciones públicas y privadas de salud, educación y protección de la infancia

Más allá de las redes informales de apoyo, es imprescindible considerar la accesibilidad a los servicios formales, complementarios o alternativos al cuidado familiar de las niñas y los niños pequeños. Los servicios de salud y de desarrollo de primera infancia, el personal de educación y salud, y los proveedores comunitarios de atención de salud cumplen una función central en la promoción del desarrollo de las niñas y los niños pequeños, ayudando a sus cuidadores.

En varios países de nuestra región, se impone la tendencia a la extensión de servicios que proveen cuidado y educación temprana (“guarderías”, jardines de infancia o maternos, centros de desarrollo o de cuidado infantil, etc.); éstos han surgido, en muchas ocasiones, de forma aislada o sectorizada, sin articularse con políticas nacionales de cuidado infantil. Es todavía frecuente que resulten poco accesibles por escasez de la oferta, y el costo o la distancia entre los hogares y los lugares de trabajo de los cuidadores.⁸

Aun cuando los niños menores de tres años constituyen el grupo con mayor índice de pobreza de nuestra región, las coberturas de los servicios de desarrollo infantil aún son muy bajas, y la calidad de la atención que se les brinda es heterogénea y, en muchos casos, de niveles precarios, distando mucho de lo que una niña o un niño pequeño requieren.

8 En nuestra región, se registran algunas iniciativas con connotaciones positivas, dirigidas a agentes educativos, como el Programa Social de Atención Educativa “Educa a tu Hijo” (Cuba), que se implementa desde la gestación hasta los 6 años, por vía institucional (círculos infantiles y grados preescolares de las escuelas primarias) y vía no institucional (espacios comunitarios donde participan las familias), teniendo un marcado enfoque comunitario e intersectorial.

Limitaciones de los servicios de desarrollo infantil

* Se centran principalmente en la atención de necesidades básicas de alimentación e higiene.

* Carecen de infraestructuras adecuadas para los más pequeños.

* Ofrecen un pobre acompañamiento y estímulo integral, dejando de lado la importancia de ofrecerles la ternura, el afecto y la cercanía imprescindibles para su desarrollo psicoafectivo en esta temprana etapa de la vida.

* Recursos humanos con bajo nivel de capacitación y con ingresos bajos.

* No es valorado suficientemente el trabajo de los cuidadores, generalmente mujeres que reciben escasa formación en desarrollo infantil y escaso apoyo de profesionales.

En cuanto a los servicios de atención en salud dirigidos a los tres primeros años de vida, relevados en las investigaciones, se observa la tendencia a desarrollar programas que privilegian los aspectos relacionados con el desarrollo físico de la niña y el niño, y con problemas vinculados con el déficit nutricional, la falta de micronutrientes y las enfermedades.

En un intento por superar la atención parcializada, hacia un enfoque bio-psico-social, se implementan diferentes iniciativas como el paquete de recursos *Care for Child Development*

(Atención al Desarrollo del Niño), elaborado conjuntamente por la OMS y UNICEF (2012), dirigido a promover el fortalecimiento de las capacidades de los operadores de la salud en el trabajo que realizan con cuidadores de niñas y niños pequeños, para el mejoramiento de las pautas de crianza, el apego, la comunicación y la estimulación a través de actividades como el juego y la comunicación.

d. La dimensión de las políticas públicas

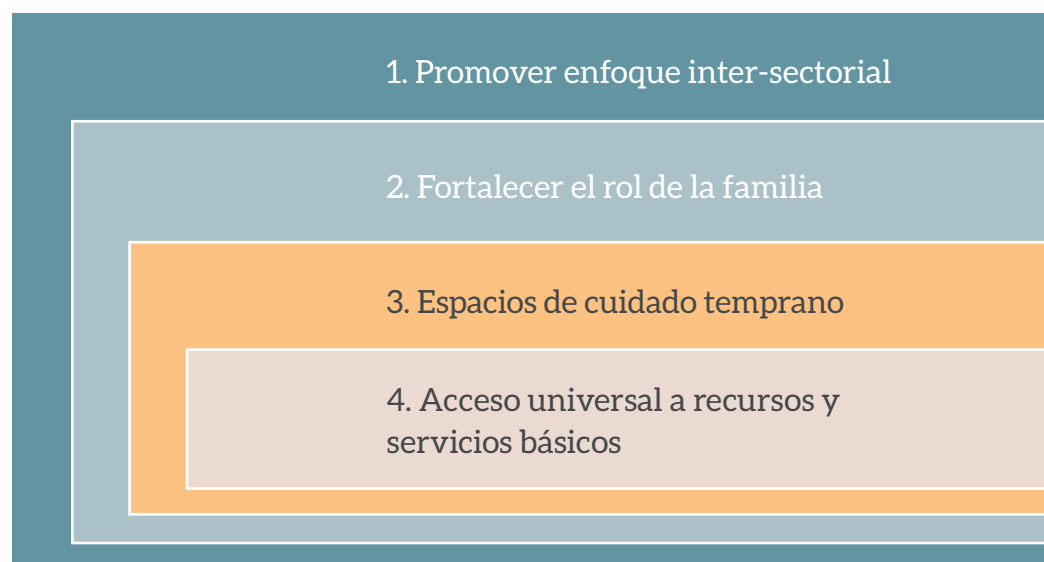
Para lograr implementar un sistema integral de protección de derechos, los Estados deben diseñar políticas públicas, planes y programas dirigidos a la primera infancia y las familias, destinando múltiples recursos dirigidos a paliar las condiciones de inequidad social y pobreza extrema de la población, especialmente de quienes tienen a su cargo niñas y niños de muy corta edad.

Para ayudar a la superación de la pobreza, los gobiernos deben ofrecer programas de calidad para la atención prenatal, servicios integrales de desarrollo de la primera infancia, apoyo y educación para las familias, transferencias monetarias, servicios de cuidado infantil y educación preescolar, transiciones efectivas a la escuela primaria, programas especializados dirigidos a grupos vulnerables, entre otras acciones.

En nuestra región, se han diseñado e implementado diversos programas desde los sectores de salud, protección, educación, justicia, recogiendo los énfasis y las preocupaciones de cada uno de ellos.⁹ Si bien es cierto que se han generado significativos logros, y que existe un progresivo nivel de coordinación, es necesario avanzar más en una atención realmente integral a la niña, el niño y su familia. Una política pública de protección integral a la infancia conlleva las siguientes acciones:

⁹ Algunos ejemplos de Políticas y Programas Integrales de Protección a la Primera Infancia desarrollados en el último decenio son: "Chile Crece Contigo", "Uruguay Crece Contigo", la Estrategia Nacional de Primera Infancia "De Cero a Siempre" (Colombia), el Programa Nacional de Desarrollo Infantil "Primeros Años" (Argentina), el "Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia 2011-2020" (Paraguay), el "Plan Brasil Cariñoso" (Brasil), el "Programa Oportunidades" (México), entre otros.

Promover un sistema de protección integral



Discapacidad

Maternidad y paternidad
adolescente

Depresión posparto

Violencia sexual

Maternidad y paternidad en condiciones
de privación de libertad





segunda parte.

FORTALECER EL CUIDADO TEMPRANO EN DISTINTAS SITUACIONES Y CONTEXTOS

1. De la función materna a la co-responsabilidad en la función de cuidado temprano

Los cuidados que necesitan niñas y niños desde que nacen se relacionan con la alimentación, la salud, la estimulación temprana, el amor y todo aquello que les garantice un desarrollo pleno. Los bebés se encuentran en situación de absoluta indefensión y requieren el cuidado de los adultos para sobrevivir. Esta dependencia hacia los adultos en edades tempranas es una condición fundante de la existencia humana. En la mayoría de las culturas, y particularmente en nuestra región, son las mujeres, en su condición de progenitoras, quienes la mayor parte de las veces proveen ese cuidado.

La imprescindible empatía del adulto hacia las necesidades del niño, que éste requiere para el pleno desarrollo de sus capacidades, es lo que en el campo de la salud mental y de la antropología estructural se ha denominado tradicionalmente “función materna”, puesto que el ejercicio de dicha función se ha identificado con las mujeres como un mandato cultural fundamentado en la naturaleza.

En la actualidad, la transformación de estructuras y roles familiares ha derivado en el cuestionamiento de la mirada naturalizadora del vínculo materno-filial. Sin embargo, esta visión aún predomina, tanto en quienes tienen la responsabilidad de legislar como en los equipos

que, desde las instituciones de salud, educación y protección de la infancia, intervienen en la vida de las niñas y los niños pequeños, y de sus familias.

Esta conceptualización, que presupone en la mujer el deseo materno como algo innato, y el “amor maternal”, como algo dado naturalmente, tiene como consecuencia inmediata la valoración social y moral negativa hacia las mujeres que, por cualquier motivo, renuncian a la maternidad o cumplen deficitariamente con esta función; así, recae sobre ellas un estigma social que popularmente las califica como “madres desnaturalizadas”.

Pese a las transformaciones sociales que influyen en varones y mujeres, aún al progenitor varón (cuando está presente) se lo toma en cuenta casi exclusivamente como proveedor o, en el mejor de los casos, por el papel que cumple en tanto soporte emocional de la madre. Desde las instituciones de salud y educación, se reproducen muy frecuentemente los estereotipos de género dominantes.

En el ámbito de la salud, con frecuencia los padres no son incluidos en las entrevistas (controles prenatales, controles de salud del niño sano), los profesionales se dirigen más a las madres estando ambos presentes, no siempre son considerados en las indicaciones de salud de sus hijos, o bien son vistos como actores secundarios o poco relevantes en las tareas de crianza. Estas miradas y estas prácticas refuerzan los patrones tradicionales, sobrecargando a las madres y desaprovechando la oportunidad para avanzar hacia la co-responsabilidad de ambos padres.¹⁰

Al evaluar papeles y responsabilidades en el cuidado de los más pequeños, tampoco suele tomarse en cuenta la existencia o no de redes informales de apoyo, como la que representan personas o familias vecinas o amigas. Sin embargo, cuando dichas redes no están deterioradas por diversas circunstancias (procesos migratorios, conflictos sociales, catástrofes naturales, violencia, etc.), constituyen una referencia importante para quienes tienen la responsabilidad primaria en la crianza, llegando incluso a convertirse en complemento y, en ocasiones, hasta en reemplazo de los cuidadores primarios. Los vínculos que se dan entre los niños y diversos actores comunitarios pueden constituirse en factores favorecedores del cuidado, en tanto haya permanencia y continuidad.

1.1. El cuidado desde la etapa prenatal

Considerando que todo un sistema de cuidados se activa desde el proceso de gestación en adelante, resulta fundamental implementar acciones preventivas a partir de este período. La falta de cuidados y de apoyos a la mujer durante el embarazo, en lo relativo a su salud tanto física como mental, puede llegar incluso a tener efectos críticos en relación con las posibilidades de supervivencia, desarrollo y salud futura de los niños.

Los Programas de Maternidad e Infancia de la Salud Pública registran que las mujeres sin apoyo de un entorno –sea la pareja u otras personas significativas– constituyen un grupo de riesgo en cuanto a las posibilidades de abandono y renuncia al cuidado de sus hijos al nacer.¹¹

¹⁰ Se destaca la experiencia de incorporación temprana de los padres en el cuidado infantil, desarrollada en el marco del Programa “Chile Crece Contigo”, en la que se realizan diversas acciones para estimular la denominada “Paternidad Activa”.

¹¹ Se destaca, como una referencia de política pública, el programa “Maternidad segura y centrada en la familia”, implementado en la provincia de Misiones, Argentina.

En tal sentido, las ya señaladas redes de apoyos familiares e institucionales también cumplen un papel central en el acompañamiento de la gestante, para sostener la voluntad y el deseo de gestación o identificar oportunamente situaciones en las que no será posible sostener el cuidado y la crianza en el núcleo familiar.

Es importante también apoyar la participación activa y comprometida del progenitor –sea o no pareja de la madre– en los procesos de gestación, nacimiento, cuidado y crianza temprana de sus hijos, así como en la detección temprana del riesgo de abandono, para trabajar –si es necesario– en una “separación segura” del niño, con cuidado y sensibilidad hacia ambos progenitores.

Los servicios públicos de salud, durante la gestación y la primera infancia, pueden cumplir un papel fundamental para la detección de situaciones de riesgo y la prevención del abandono. Las instancias de atención de la salud con cuidadores y niños pequeños constituyen oportunidades claves para ayudar a reforzar las capacidades de las familias en favor del desarrollo temprano de las niñas y los niños. Esto, no sólo en cuanto a garantizar a la mujer gestante los cuidados físicos necesarios, sino también en cuanto al aporte que pueden ofrecer para asegurar una mejor vinculación emocional y afectiva con el futuro hijo.

A modo de ejemplo, la disponibilidad de enfermeras y asistentes de salud, y la disposición de información y de material educativo, pueden resultar fundamentales para iniciar positivamente la experiencia de maternidad, incorporando tempranamente a los progenitores (cuando están presentes) y a otras personas de la familia y su entorno.

1.2. Nutrición y lactancia materna

El retraso en el crecimiento (desnutrición crónica o relación altura/edad) guarda estrecha relación con la salud y el desarrollo en general; las consecuencias de la desnutrición en los primeros mil días de la vida de un niño pueden ser irreversibles. En América Latina y el Caribe, la desnutrición crónica y las deficiencias de micronutrientes son parte de los problemas nutricionales que afectan a las mujeres embarazadas y los niños pequeños de sectores pobres. El abordaje de la desnutrición infantil no se relaciona exclusivamente con el ámbito de la salud, sino con una aproximación integral que tenga por objeto impactar positivamente las posibilidades de desarrollo de los niños pequeños y contribuir a la superación de la pobreza.

Entre las múltiples causas que influyen en una deficiente nutrición en esta etapa, se encuentra la baja lactancia materna exclusiva hasta los primeros seis meses de vida. Desde el sector salud/nutrición, se están desarrollando políticas y programas, en diversos países de nuestra región, que estimulan la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida, con la premisa de que brinda protección inmunológica a los lactantes y es la fuente de nutrición fundamental en esta etapa –lo cual disminuye el riesgo de mortalidad infantil–, fortalece el vínculo temprano entre madre e hijo, y genera una serie de beneficios para la salud y el bienestar integral de ambos.

Muchas veces, los centros de nutrición son lugares donde se abandonan niñas y niños con altos niveles de vulnerabilidad; por ello, puede ser significativo desarrollar en estos lugares intervenciones que promuevan una interacción temprana con el cuidador primario y prevengan el abandono.

Por último, los profesionales de la salud deben brindar los conocimientos adecuados sobre cómo llevar a cabo la lactancia materna y cuáles son sus beneficios, y a la vez prestar el apoyo necesario para que la lactancia sea una experiencia gratificante para la madre y sensible a las necesidades de la niña y el niño.

1.3. Bebés prematuros

Se debe realizar una mención específica al tema de los bebés nacidos prematuramente (menos de 37 semanas de gestación), puesto que esto constituye un factor de riesgo adicional, tanto en términos médicos como psicosociales.

Las investigaciones científicas demuestran que el nacimiento prematuro es un evento desorganizante, dado que interrumpe el proceso de “anidación psicobiológica”, acortando el tiempo de preparación de las condiciones físicas y psíquicas adecuadas para recibir al recién nacido. Esto se ve agravado por las condiciones intrahospitalarias, puesto que los bebés prematuros deben permanecer durante tiempos prolongados en las Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatología (en adelante, UCIN) y tienen riesgo vital o de desarrollar secuelas físicas y mentales debido a la extrema inmadurez de sus órganos y de su sistema inmunitario, lo que impacta emocionalmente a sus cuidadores primarios y también a los integrantes del equipo de salud.

Algunos estudios refieren que el nacimiento prematuro opera como un factor de riesgo que incide en la relación entre cuidador y bebé, y aumenta el riesgo de abandono. Si bien el encuentro del bebé con sus progenitores es prematuro respecto del nacimiento, puede ser tardío en cuanto a la interacción, ya que los progenitores se ven alejados de los cuidados y los intercambios con su bebé, las posibilidades de intimidad prácticamente desaparecen, y los cuidados son provistos por otros durante la estancia en las UCIN.

Esto puede resultar particularmente dramático para el lactante, en la medida en que interrumpe precozmente una relación afectiva muy intensa y especialmente vital para su desarrollo, y se sumerge en un ambiente ajeno y extraño. Ante ello, algunos especialistas aseguran que el contacto con sus cuidadores primarios es fundamental para la recuperación de los bebés prematuros y la construcción temprana de un adecuado vínculo.

Por lo tanto, los hospitales y los profesionales de la salud deben adecuar sus condiciones y sus prácticas para estimular de diversas maneras el cuidado de estos bebés por sus progenitores. Asimismo, los equipos de salud deben incluir en sus abordajes la capacidad de vincularse afectivamente con el lactante, preservando una capacidad empática con el niño a su cargo.¹²

¹² En la Unidad de Neonatología del Hospital Público “San José” (Chile), se está desarrollando un Programa de Formación y Acompañamiento a Cuidadores Temporales de los bebés prematuros que se encuentran en situación de abandono. La iniciativa incorpora la figura de un cuidador temporal estable y significativo durante el período de permanencia en aquel lugar, que facilite la continuidad del cuidado hasta la derivación a una familia de acogida temporal que lo cuide en espera de su entrega definitiva a una familia adoptiva.

1.4. Deseo de maternidad

Todos los factores y las acciones anteriores estarán fuertemente influidos por la presencia o la ausencia del deseo de maternidad. Muchos de los factores de riesgo en esta etapa se relacionan directamente con la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Por eso, además de considerar diversos apoyos tempranos a la crianza, es importante considerar las acciones preventivas de embarazos no deseados, ligadas, en parte, a las oportunidades de acceso a recursos de autocuidado en salud sexual y reproductiva que se ofrecen a las mujeres y sus parejas.

Diversas investigaciones muestran que el acceso a información amplia y a métodos de anticoncepción adecuados, a través de programas especializados en salud reproductiva y procreación responsable, disminuyen la incidencia de interrupción voluntaria del embarazo.

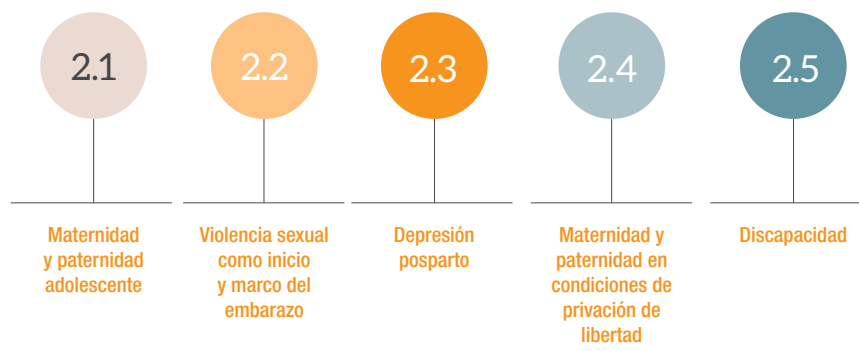
Se debe ofrecer un acompañamiento integral a la gestante, su pareja y/o su familia, que incluya una estrategia coordinada de atención médica y apoyo psicosocial, desde el período de gestación en adelante. La implementación de servicios para la salud sexual y reproductiva, y materno-infantil, es el primer frente de acción para reducir la negligencia y el abandono desde los primeros momentos de su vida.

Además, estos servicios no sólo brindan la posibilidad de prevenir embarazos no deseados y mejorar el acceso a la atención en salud prenatal, posparto, y en los primeros años, sino que también pueden ayudar a fortalecer un vínculo temprano entre cuidadores y niños pequeños, y un mejor desarrollo en la primera infancia.¹³

¹³ Se destaca la Estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) y la Estrategia de Atención Integrada de la Niñez y la Mujer en la Comunidad (AINM-C), ambas desarrolladas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, e implementadas a través del mejoramiento al acceso, la calidad y la interacción en la red de servicios de salud integrados a la niñez y al grupo materno, con énfasis en el embarazo, el parto, el posparto, y la atención al neonato y a las mujeres en edad reproductiva, incluyendo la planificación familiar.

2. Contextos de vulnerabilidad

Dado que la separación de niñas y niños pequeños de su familia de origen puede deberse a múltiples factores, se describen a continuación algunos de los contextos específicos de vulnerabilidad que han mostrado estar más relacionados con la pérdida temprana de cuidados parentales y/o con un mayor riesgo de institucionalización:



2.1. Maternidad y paternidad adolescente

Según datos de un estudio de UNICEF-PLAN (2014), en América Latina y el Caribe se registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo.

El embarazo adolescente tiene una alta asociación con mortalidad infantil, nacimiento prematuro y aborto; es una de las mayores causas de muerte entre las adolescentes de la región, por lo que representa un importante problema de salud pública.

La evidencia recogida por diversos estudios muestra la existencia de algunos factores de vulnerabilidad psicosocial que subyacen en el embarazo adolescente:

- *Pobreza.*
- *Inequidad de género.*
- *Entornos protectores ausentes o muy debilitados.*
- *Falta de acceso a educación.*
- *Políticas nacionales que restringen el acceso a la planificación familiar y a una educación sexual adecuada a la edad.*
- *Falta de acceso a servicios de salud reproductiva.*
- *Contextos con altos niveles de violencia, incluidos el abuso y la violencia sexual intrafamiliar.*
- *Falta de proyectos de vida o de visualización de proyectos de inclusión social y otras aspiraciones.*
- *Poca inversión social en las niñas.*

En el caso de las adolescentes, el embarazo incide directamente en su posibilidad de completar las tareas de la adolescencia y de asumir los desafíos que implican el embarazo y el nacimiento de un hijo. Además, existe evidencia que indica que la depresión posparto en las madres adolescentes predice un mayor riesgo de deserción escolar, de abuso o negligencia hacia el niño, y una mayor probabilidad de un segundo embarazo adolescente.

Respecto de los padres adolescentes, durante décadas éstos fueron relegados a un rol secundario dentro del proceso. Afortunadamente, eso se ha ido revirtiendo en las últimas décadas, y algunos estudios y programas de intervención relevan cada vez más su inclusión activa y la necesidad de apoyo que ellos también pueden presentar.

Los significados que los varones adolescentes dan a la paternidad se relacionan con sus experiencias de vida y con la relación previa con la madre del niño. Sus reacciones frente a la noticia del embarazo van desde la negación de su responsabilidad hasta la participación total como padres.

La situación de embarazo genera, muchas veces, el abandono del hogar por parte de las adolescentes, ante la dificultad de ser aceptadas en sus familias; así como, en otros casos, se convierten tempranamente en jefas de hogar o parejas de jefes de hogar también adolescentes.

En otras ocasiones, las adolescentes embarazadas permanecen en sus hogares de origen (con o sin sus parejas), acogidas por su familia, quien acompaña el proceso y suma a las adolescentes y a sus hijos al grupo de adultos y niños que ya habitan esos hogares. La familia y el grupo de pertenencia pueden constituir un factor protector capaz de evitar que las adolescentes y sus hijos carezcan de cuidados parentales.

Es fundamental que las madres y los padres adolescentes cuenten con apoyos diversos:

- *De su entorno familiar.*
- *Del entorno educativo y/o laboral.*
- *De su círculo de amistades y de otras redes protectoras.*
- *De parte de políticas, planes y programas públicos especializados.*



Según las Directrices de cuidados alternativos, los Estados deben velar porque las madres y los padres adolescentes conserven todos los derechos inherentes a su doble condición de madres/padres y niñas/niños, incluido el acceso a todos los servicios y subsidios a los que tienen derecho para su propio desarrollo y el de sus hijos.

Deben adoptarse diversas medidas para garantizar la protección de las adolescentes embarazadas y la continuidad de sus estudios, y se deben realizar intervenciones que aminoren el estigma que puede generar, en algunos contextos, el hecho de ser madre o padre en esta etapa de la vida.



2.2. Violencia sexual como inicio y marco del embarazo

La violencia hacia la mujer adquiere múltiples formas. Las Naciones Unidas, en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1994), la ha definido como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, incluso las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

Las investigaciones indican que, en Latinoamérica y el Caribe, subsisten en algunos sectores diversas prácticas sexuales que no son voluntarias ni deseadas, mayormente perpetradas por varones hacia mujeres y niñas, cuyas expresiones extremas son la violación, el incesto o la fuerte presión social para el inicio de la vida sexual, como sucede en algunos grupos de adolescentes.

Un creciente conjunto de evidencia indica que la violencia sexual es un grave problema en toda nuestra región, desde una perspectiva tanto de salud pública como de derechos humanos. Las mujeres corren mayor riesgo de sufrir violencia sexual por parte de sus parejas, y las niñas y las

adolescentes, por parte de personas que cumplen la función paterna (padres o padrastros). Sin embargo, en algunos casos el agresor puede ser otra figura conocida o un extraño.

Las formas más comunes de violencia sexual en la región son: abuso sexual de niñas, niños y adolescentes de ambos sexos, e iniciación sexual forzada a niñas y adolescentes; trata y explotación sexual; acoso sexual en el lugar de trabajo, y violencia sexual en situaciones de emergencia o de conflicto/posconflicto armado.

El acto sexual sin protección, debido a coacción por parte de una pareja, por incesto u otra persona del sexo masculino, es considerado un tipo de violencia sexual que puede derivar en un embarazo inicialmente no deseado.

La evidencia indica que las consecuencias de la violencia sexual, para la salud reproductiva, sexual, física y psicosocial de las víctimas, pueden ser severas y duraderas. Entre las graves consecuencias, se cuentan problemas de salud sexual y reproductiva, como Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH y el sida, los embarazos no planificados, las pérdidas espontáneas o interrupciones voluntarias de embarazos, etc.¹⁴

La violencia sexual puede acarrear profundos efectos psicosociales, como estigmatización, niveles más bajos de participación de las mujeres en la política y en la fuerza laboral, así como reforzar un ciclo intergeneracional de violencia. Además, las situaciones derivadas de la violencia y sus consecuencias en la salud psicofísica de la mujer y de los niños pueden afectar y dañar gravemente el vínculo con éstos, lo que lleva a situaciones de negligencia, maltrato y abandono temprano.

Todos los factores de riesgo y las consecuencias mencionadas derivan en que muchas niñas, adolescentes y adultas no puedan solicitar ayuda cuando sufren violencia sexual de algún tipo, dado que padecen discriminación, estigmatización y falta de apoyo familiar, de sus amistades y de la comunidad en general. Por eso, es necesario y apropiado que las intervenciones dirigidas a prevenir y combatir las diversas formas de violencia hacia las mujeres interpelen y superen las creencias sociales arraigadas respecto de los roles de género y la sexualidad de las mujeres.

14 Amnistía Internacional (2008) informó que el 20% de las mujeres que buscaron tratamiento por violación en un servicio de salud en Puerto Príncipe (Haití) quedaron embarazadas como producto de una agresión sexual. En México, los estudios han encontrado que entre el 7% y el 26% de las víctimas de violación quedan embarazadas. En Costa Rica y Perú, los estudios indican que más del 90% de los embarazos entre niñas menores de 15 años de edad fueron producto de incesto.

2.3. Depresión posparto

La depresión materna es un problema de salud mental de considerable prevalencia en nuestra región, por lo que ha suscitado gran preocupación e interés de parte de investigadores durante las últimas décadas.

Durante el embarazo y el período posnatal, se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que generan una mayor vulnerabilidad para desarrollar trastornos en la esfera psíquica de la mujer; pero algunos de ellos, como la depresión posparto, aún son poco reconocidos por los servicios que atienden a embarazadas.

Las causas de este trastorno son múltiples, y no exclusivamente de orden biológico. La falta de una red de apoyo en la etapa posparto, la dificultad de conciliación de la maternidad con la vida

15 En Latinoamérica, se ha reportado una alta prevalencia de depresión posparto, como en Chile (50,7%), Colombia (32,8%), México (32,6%), Perú (24,1%) y Venezuela (22%), entre otros.

laboral y otros factores de orden psicosocial impactan la salud mental de las mujeres en este período.¹⁵

La depresión posparto puede afectar la relación que la madre tenga con la niña o el niño, su funcionamiento y el bienestar integral de ambos. La investigación indica que la depresión materna constituye un factor de riesgo para múltiples problemas del desarrollo durante la primera infancia, incluyendo alteraciones en el funcionamiento cognitivo, social y académico de las niñas y los niños.

16 Ver: <http://www.encyclopedia-infantes.com/sites/default/files/textes-experts/es/2450/depresion-materna-y-su-relacion-con-el-desarrollo-y-la-adaptacion-de-los-ninos.pdf>

Estudios comparativos refieren que los hijos de madres con sintomatología depresiva pueden ser entre dos o tres veces más propensos a desarrollar problemas de adaptación,¹⁶ incluyendo trastornos del estado de ánimo. También es central prestar atención a las influencias bidireccionales que pueden mantener o agravar la depresión materna; como, por ejemplo, la influencia que ejerce sobre la madre tener un hijo con discapacidad.

Dado que la depresión materna posparto puede tener un enorme impacto en el desarrollo de la niña y el niño, en la salud mental de la madre, en la relación de pareja y en el ambiente familiar, es fundamental apoyar a las madres, los niños y sus familias. La evidencia disponible sugiere que es clave que los servicios comunitarios y sanitarios estén disponibles para la detección temprana, la prevención y el tratamiento de este trastorno.

Algunos estudios muestran que las intervenciones desarrolladas tienen resultados efectivos en el tratamiento de la depresión posparto, pudiendo mitigar o revertir las consecuencias negativas en las relaciones familiares y en el vínculo con la niña y niño. Por ejemplo, las visitas domiciliarias por parte de trabajadoras sociales o enfermeras muestran beneficios para la construcción de la relación entre el niño y sus cuidadores. También se considera que un mayor involucramiento paterno y el apoyo de otros miembros de la familia hacia la madre pueden reducir el impacto de la depresión materna en la formación del vínculo temprano.

2.4. Maternidad y paternidad en situación de privación de libertad

El encarcelamiento del padre y/o la madre puede afectar de múltiples formas a los hijos, situándolos en una condición de extrema vulnerabilidad. Si bien diversos estudios refieren que el encierro de la madre puede ser más dañino para los niños que el encarcelamiento del padre, no se debe subestimar el daño que esto último puede tener sobre los hijos.

17 En Bolivia, existe la medida de permitir a los niños vivir en prisión tanto con su madre como con su padre hasta que cumplen los seis años de edad.

Las niñas y los niños casi siempre son separados de su padre encarcelado, comúnmente por tiempos más largos que aquellos en que son separados de su madre encarcelada. En estos casos, los contactos y las visitas suelen ser mucho más difíciles.¹⁷ Además, el estado de la relación de la pareja determinará en gran medida el contacto entre el padre y sus hijos. Estos factores aumentan la probabilidad de que niñas y niños se desliguen afectivamente de él.

En el caso de las mujeres privadas de libertad, la mayoría de ellas son madres y, muchas veces, ejercen el rol de cuidadoras primarias de sus hijos antes del encarcelamiento. Una parte

significativa tiene hijos menores de cuatro años, los que podrán ser separados o permanecer junto a ellas en el interior de la cárcel o en prisión domiciliaria.¹⁸

Algunas legislaciones vigentes en diversos países crean un conflicto entre los derechos de las niñas y los niños a vivir en libertad, y los de sus cuidadores de poder criarlos y mantenerlos con ellos para establecer un vínculo.¹⁹ A la luz del *interés superior del niño*, es fundamental debatir cada caso en relación con:

- *Cuánto se consideran los derechos de la niña y el niño en el momento de sentenciar a una madre.*
- *Cómo se toman las decisiones sobre si los bebés y los niños pequeños deben acompañar o no a su madre en prisión.*
- *Cuál es el impacto que tiene la vida en prisión sobre el niño.*
- *Cómo deben ser las instalaciones que deben proporcionarse.*
- *Cómo debe manejarse la separación entre el niño y su madre.*
- *Cuáles son las mejores medidas alternativas (con o sin privación de la libertad) que apoyen a padres y niños pequeños.*

En cuanto a las mujeres que se encuentran separadas de sus hijos pequeños, diversos estudios demuestran que el tiempo en prisión puede producir la ruptura del grupo familiar y el aislamiento de las detenidas de sus afectos más primarios y sus redes de apoyo, hecho que aumenta críticamente los efectos del encarcelamiento.

Además, se ha evidenciado que las mujeres en esta situación son altamente estigmatizadas por haber incurrido en actividades ilegales, quebrantando el mandato social asociado al ejercicio de su rol femenino y materno. Cuando un varón es encarcelado, sus hijos habitualmente quedan bajo el cuidado de la madre; pero, cuando es la madre quien va a prisión, niñas y niños no quedan regularmente bajo el cuidado paterno, por lo que pierden a ambos progenitores, y a menudo también son separados de sus hermanos, repartándose el cuidado entre varias personas.

Las niñas y los niños separados de sus madres pueden experimentar una gran cantidad de problemas psicosociales, tales como: depresión, hiperactividad, comportamiento agresivo o dependiente, retraimiento, regresión, problemas de alimentación, entre otros. A esto se suma que, al mudarse con parientes, amistades, vecinos, se producen arreglos informales de cuidados alternativos que, a veces, los dejan desprotegidos ante situaciones de maltrato y/o abuso.

En cuanto a las mujeres que permanecen con sus bebés o sus hijos pequeños en un recinto carcelario, la evidencia muestra que la situación de cárcel resulta *per se* una condición de riesgo. Numerosas investigaciones confirman que el encarcelamiento de niñas y niños provoca deterioros irreversibles que impiden un desarrollo normal; más aun, cuando esto se da durante los primeros años de vida. Incluso cuando puede optarse por el alojamiento en un pabellón especial, viven, aprenden e internalizan las pautas de una institución de encierro que resulta monótona, rutinaria, y escasamente lúdica y estimulante. Ante esta realidad, se han generado propuestas alternativas, como la prisión domiciliaria, que se implementa con el objeto de asegurar el contacto con la madre y evitar la interrupción del vínculo filial.²⁰

18 Un estudio realizado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) muestra que un 85,8 % de las mujeres que están en prisión en diversos países de Latinoamérica son madres, y una cuarta parte de ellas tiene hijos menores de 4 años de edad. Además, en su gran mayoría, encabezaban familias monoparentales en las que ejercían la jefatura del hogar.

19 El Comité de los Derechos del Niño (2005) ha puesto atención en el impacto que encarcelar a las mujeres puede tener sobre el cumplimiento o el incumplimiento de los derechos de los niños, tanto en relación con los que viven en la cárcel con sus madres como en relación con los que han sido separados de sus madres porque han sido privadas de libertad.

20 Vale como ejemplo positivo el modelo cubano "Educa tu Hijo", implementado en centros penales de mujeres y varones, por medio del cual se desarrollan estrategias integrales con las familias, a fin de mantener el vínculo filial, facilitar que el padre o la madre en prisión puedan ser parte del programa, participando de los controles prenatales, las consultas de puericultura de su hijo, de actividades educativas regulares que promueven el apego, la comunicación y el juego entre los niños y sus padres, así como visitas conyugales y familiares.



Las *Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños* (2009) proponen que se consideren alternativas a la privación de la libertad, siempre que sea posible, y exigen la consideración de soluciones individualizadas que:

- Sean fundamentadas en los mismos criterios generales usados para decidir la separación de una niña o un niño de sus padres en cualquier situación.
- Consideren dos aspectos específicos en este tipo de situación: las consecuencias a largo plazo de la separación para niñas y niños, y la capacidad de los padres para reasumir el rol de cuidadores primarios luego de su liberación.



2.5. Discapacidad

Las personas con discapacidad pueden considerarse uno de los colectivos con mayores condiciones de vulnerabilidad y riesgo de exclusión, en especial si son niñas y niños, o mujeres, lo que se agrava aun más si se añade el factor de la pobreza material.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, CDPD) plantea un cambio de paradigma en la forma de concebir la discapacidad, al introducir un modelo psicosocial de la discapacidad, en contraposición al modelo biomédico enfocado solamente en la rehabilitación física.

Esto pone de relieve que las barreras son de índole principalmente social y, por lo tanto, la sociedad en su conjunto debe modificar su visión para resultar verdaderamente inclusiva. Cuando hablamos de cuidado temprano de niños y discapacidad (física, sensorial, intelectual, etc.), como contexto de vulnerabilidad, se deben diferenciar dos situaciones:

- Cuando la discapacidad afecta directamente a los niños.
- Cuando son las personas que deben ejercer el cuidado y la crianza quienes presentan algún tipo de discapacidad.

La falta de conocimientos sobre la discapacidad y las actitudes negativas hacia ella pueden dar como resultado la marginación de los niños con discapacidad dentro de la familia, la escuela y la comunidad.

En aquellas culturas en las que el nacimiento de un niño con discapacidad está asociado a la culpa, la vergüenza y el miedo, suelen ser ocultados, maltratados, abandonados y/o excluidos de actividades cruciales para su desarrollo integral. Así, es habitual que tengan menos amigos, sean aislados y discriminados, que sus familias experimenten mayor estrés, y que sus comunidades los traten como si no pertenecieran a ellas. Pese a ser niñas y niños especialmente vulnerables, no se les presta aún toda la atención requerida por los programas y los servicios de desarrollo infantil temprano; muchas veces, no reciben los apoyos específicos y oportunos, y se enfrentan

a variados obstáculos, tales como: leyes y políticas inadecuadas, actitudes negativas, servicios inadecuados, falta de ambientes accesibles. Sin embargo, con intervenciones tempranas, apoyos y protecciones oportunas y apropiadas, la vulnerabilidad de los niños con discapacidad y la de sus familias pueden reducirse de manera considerable.

Los bebés y los niños pequeños que presentan algún tipo de discapacidad tienen un mayor riesgo de pérdida de cuidados parentales, como producto de prácticas de abandono o de negligencia.²¹ Ante ello, una práctica que continúa siendo habitual es su ingreso a instituciones de cuidado residencial. Pero la discapacidad no puede ser una causa *per se* de institucionalización.

Si bien en muchos países las familias de acogida son una forma extendida de atención, éstas pueden mostrarse renuentes a asumir el cuidado de un niño con discapacidad, debido a la carga adicional de dedicación y a las exigencias físicas y psicológicas que esto supone. En cuanto a la adopción de niñas y niños con discapacidad, es, por lo general, la última opción para muchas familias interesadas en adoptar.

En cuanto a los progenitores (uno o ambos) que presenten una discapacidad, debe tenerse en cuenta que la CDPD abre una nueva perspectiva en tanto reconoce a este colectivo la capacidad para la toma de decisiones y el ejercicio de la autonomía; para ello, establece que deberán recibir todos los apoyos necesarios que les permitan desempeñar su función y ejercer sus roles, desarrollando una vida plena en igualdad de oportunidades que todas las demás personas.

21 Si bien estrictamente no corresponde a una discapacidad, cabe hacer referencia a casos en que la apariencia física de los niños no responde a los cánones estéticos que sus progenitores y su entorno cultural esperan. Estos niños "feos" pueden sufrir un mayor riesgo de ser abandonados, según se ha observado en algunos países de la región.





orfandad

negligencia

abandono



tercera parte.

PÉRDIDA TEMPRANA DE CUIDADOS PARENTALES

1. Pérdida temprana de cuidados parentales por orfandad

La muerte de la madre de un recién nacido, o de quien asume el cuidado de un niño en la primera infancia, es siempre un hecho traumático que afecta su vida presente y futura. Esto debe considerarse en el momento de definir los acompañamientos adecuados para ofrecer a los pequeños huérfanos las mejores garantías de vínculos que resulten reparatorios de la grave pérdida sufrida.

Cuando un niño pierde a uno o ambos padres, y no se conoce a su familia biológica, habitualmente los sistemas de protección de la niñez se activan con prontitud para gestionar su adopción. No obstante, en algunos casos, lo hacen sin haber agotado todas las posibilidades de conocer y establecer contacto con los integrantes de la familia de origen, y de evaluar sus capacidades y su voluntad de cuidarlo.

En ocasiones, al acelerar excesivamente los tiempos de la separación, tampoco se toman los recaudos suficientes para elegir a la familia adoptante más adecuada a las necesidades del niño.

Por otro lado, cuando los huérfanos tienen un progenitor vivo, o una familia de origen conocida, se tiende a suponerlos sus "cuidadores naturales", perdiendo de vista que pueden no estar capacitados o en condiciones favorables para asumir la crianza. En estos casos, es

imprescindible tomar en consideración que se trata de personas y familias que también han sufrido una pérdida y se hallan en situación de duelo.



El sistema de salud y los ámbitos hospitalarios deben poseer alertas tempranas eficaces ante las circunstancias de muerte materna, de los progenitores varones, o de quienes ejerzan el cuidado de bebés y niños pequeños:

- *En los casos en que dichas muertes ocurran en circunstancias violentas, como accidentes, suicidios o asesinatos, articulando la intervención con los servicios de protección.*
- *En los casos de muertes de los progenitores a consecuencia de adicciones o infecciones de VIH, o por hechos de violencia. Estos casos requieren también atención al estigma de la enfermedad o de la situación marginal, que puede generar un mayor rechazo del niño y una menor disposición de la familia extensa u otros miembros de la comunidad a asumir su cuidado.*
- *Frente a cualquier circunstancia de muerte materna o paterna, a fin de ofrecer, siempre y en cualquier circunstancia, los apoyos que requiera la familia que se hará cargo de su cuidado y su crianza:*

a. para apoyar a sus familias de origen extensas, en el proceso de cuidado y crianza, en el marco de un duelo;

b. en el caso de que éstas no puedan asumir el cuidado, para incluir a los niños inmediatamente en un sistema de cuidado alternativo al familiar.



2. Pérdida temprana de cuidados parentales por diversas formas de maltrato

Los bebés y los niños pequeños son los más vulnerables frente al maltrato, sobre todo a nivel intrafamiliar, por parte de sus cuidadores y otros miembros de la familia. Estudios relevan que la falta de autonomía derivada de su corta edad y los altos niveles de dependencia emocional, económica y social respecto de los adultos o de las instituciones de cuidado les dificultan entender la situación, ponerle freno, pedir ayuda o denunciar los hechos.

Además, la mayor vulnerabilidad de niñas y niños pequeños se relaciona con otros factores interactuantes, como el género, la raza, el origen étnico, la discapacidad (física, intelectual o sensorial), la orfandad, la condición social y la situación de su comunidad.

22 Ver: <http://www.encyclopedia-infantes.com/sites/default/files/dossiers-complets/es/maltrato-infantil.pdf>.

Muchos estudios indican que el maltrato infantil guarda una estrecha relación con la carencia de “capital social” de los cuidadores,²² es decir, con la disponibilidad de redes comunitarias que, como se ha demostrado, ayudan a proteger a las niñas y los niños.

En cuanto a las diferentes tipologías de maltrato dirigido hacia los niños pequeños, se ha demostrado que pueden sufrir mayor riesgo de violencia física, negligencia y/o abandono. Entre ellos, los varones parecen tener mayor riesgo de sufrir violencia física grave que las niñas, mientras que las niñas tienen mayor riesgo de sufrir un trato negligente y abandono, sobre todo en las sociedades en que la preferencia por los hijos varones es marcada.

Los bebés son más vulnerables al abandono y al trato negligente, sobre todo en el período inmediatamente después del nacimiento, y continúan siendo vulnerables, pero cada vez menos, durante su primer año de vida y hasta los cuatro años.

La negligencia también es un importante factor que contribuye a la muerte y a la enfermedad de niñas y niños pequeños. Las estadísticas internacionales muestran que los índices de homicidio de cero a cuatro años son elevados, y que éste es el segundo grupo con mayor riesgo de ser maltratado o golpeado hasta la muerte. Cuanto menor sea el niño, mayor es la probabilidad de que su muerte sea causada por un miembro cercano de la familia; específicamente, por uno o ambos progenitores.

En cuanto a la violencia sexual en niñas y niños pequeños, existen casos de lactantes y niños pequeños, cuya gravedad ha producido su muerte. Cuando no ocurre una violación, pero sí otro tipo de comportamientos sexualmente abusivos, la detección se ve dificultada por la limitación que tienen niñas y niños pequeños para expresarse y para distinguir entre interacciones abusivas, caricias y juegos, dado su estadio de desarrollo cognitivo y la dinámica propia del abuso sexual, perpetrado por adultos de su entorno familiar cercano, o por personas que se ganan su confianza y la de sus cuidadores.

El creciente reconocimiento del impacto negativo del maltrato en la salud y el bienestar integral de las niñas y los niños fortalece la idea de que es fundamental prevenirlo. Es indispensable dar prioridad a acciones de intervención temprana e incorporar a todas las instituciones y los profesionales que tienen contacto con niñas y niños pequeños.

Los Estados deben apoyar iniciativas dirigidas a las familias, con el objetivo de intervenir en las relaciones disfuncionales y promover el buen trato a la infancia, y orientadas a fortalecer el conocimiento y las habilidades de las familias con respecto a las necesidades infantiles, la práctica de disciplina no violenta, y el manejo apropiado del comportamiento de niñas y niños, así como a aumentar los mecanismos de protección social.



La prevención primaria es imprescindible, dado que es menos costosa y más eficaz que tratar de remediar los efectos del maltrato después de ocurrido; puede abarcar las siguientes acciones:

- *Campañas en medios de comunicación, dirigidas a la población en general.*
- *Intervenciones familiares intensivas para padres que tienen más factores de riesgo y atraviesan por situaciones adversas, teniendo dentro de sus objetivos:*

fortalecer la formación temprana del vínculo entre cuidadores y niños;

mejorar la capacidad de los cuidadores para enfrentar situaciones de estrés;

fortalecer las conductas adaptativas del niño.



3. Abandono

No existe una definición única de lo que se entiende por abandono en la infancia temprana. El término es ambiguo, y se le asignan diversos significados. Con frecuencia, se habla de negligencia y abandono como sinónimos, o bien se distinguen dentro de un continuo en el que el abandono constituiría la forma más extrema que adopta la negligencia.

Tomamos la acepción de abandono como el comportamiento de dejar definitiva y totalmente a quien se debe cuidar sin el necesario cuidado o resguardo en la acción de separación.

El abandono puede tomar múltiples formas y modalidades de expresión:

- *Directo e inmediato:* cuando el niño es dejado, y ambos padres rechazan claramente asumir el cuidado de sus hijos.
- *Implícito y progresivo:* abandono “de hecho”, que comienza habitualmente con el ingreso voluntario o forzado en instituciones de protección infantil, y evoluciona paulatinamente hacia el abandono definitivo. O cuando los hijos son cedidos a otras personas temporalmente, por las dificultades que tienen sus padres para cuidarlos (vecinos, familiares u otros), pero acaban retirándose y perdiendo la vinculación con sus hijos.

El abandono temprano puede suceder en la vía pública, hospitales o centros de salud, maternidades o centros de internación pediátrica, ya sea inmediatamente después del parto o durante alguna enfermedad del niño que requirió internación.

A través de la denuncia, se procede a la intervención judicial y, eventualmente, se movilizan otros recursos de asistencia y protección. Sin embargo, ocurre con frecuencia que los niños abandonados tras el parto, o una internación prolongada, permanecen en el ámbito hospitalario durante un largo tiempo luego de otorgada el alta médica, sin que ningún otro servicio los tome a su cargo.



Desde los servicios de salud materno-infantil y de neonatología, es necesario desarrollar una observación holística que pueda brindar información oportuna y relevante para la prevención de abandonos tempranos. Ello debe incluir:

- *Acciones de promoción, prevención y atención en base a un análisis detallado de factores de riesgo y protección del entorno familiar:*

Exploración de condiciones psicosociales de la madre, como monoparentalidad, edad, nivel educativo, estado de salud y nutricional, violencia, adicciones, etc.	Exploración de la red familiar y comunitaria de la madre.	Evaluación de capacidades para el desarrollo de una maternidad y una paternidad responsables.
--	---	---

- *Acciones médico-sanitarias como:*

Promover programas de salud sexual y reproductiva.	Promover controles médicos prenatales de la embarazada.	Desalentar los partos domiciliarios sin condiciones médicas adecuadas.	Promover la lactancia materna.	Sistematizar los controles pediátricos de los recién nacidos.
--	---	--	--------------------------------	---

- *Actividades de capacitación del personal de la salud que consideren, además de los conocimientos médicos, los siguientes elementos:*

Factores emocionales que se despliegan en la relación madre-hijo.	Incorporación de otras personas significativas del entorno como responsables del cuidado temprano.	Factores socioculturales ligados al embarazo, el parto y la crianza.
---	--	--



4. Negligencia

El término *negligencia* implica “descuido”, es decir, alude a una falta de cuidado que –ya sea de carácter intencional o no– se expresa como una omisión de actuar, en el sentido de dejar de hacer o de atender, cuyo efecto es dañino. También puede ser entendida como la incapacidad de responder a las necesidades emocionales, cognitivas o sociales de un niño o una niña pequeño.

Milani, Serbati y Lus proponen una definición específica de aquellas familias en las que se encuentran manifestaciones de negligencia, distinguiéndolas de otras familias en las que se cometen otros tipos de maltrato, y entendiendo que, en las familias negligentes, los cuidadores

“no pueden legar”, es decir, no son capaces de insertar al niño en una cadena intergeneracional de cuidados y lazos que les permitan responder adecuadamente a las necesidades de desarrollo de sus hijos.

La negligencia puede ser definida principalmente como una dificultad de los adultos que tienen bajo su responsabilidad el cuidado, y también es posible considerarla una forma de abandono, que se expresa no cuidando apropiadamente, sin apartarse del niño.



Se identifican dos subtipos de negligencia:

- *Negligencia física*: privar al niño de alimentación, abrigo o higiene, de la atención oportuna de su salud frente a cualquier enfermedad que lo afecte, o bien someterlo a reiterados descuidos que lo hagan víctima de accidentes.
- *Negligencia emocional*: privar al niño de cercanía, afecto, atención y estímulo. La ausencia permanente o prolongada e imprevisible de la persona que debe cumplir el cuidado temprano, o su presencia constante pero indiferente y apática, incapaz de ofrecer el estímulo que se requiere en la primera etapa de la vida, tiene efectos en el comportamiento y en la salud, y puede llegar a traer consecuencias graves en su desarrollo futuro.



Cuando la negligencia emocional no tiene carácter intencional, deben ser evaluados los recursos del cuidador principal para sostener el vínculo afectivo con el niño.

Se identifican como grupos de mayor riesgo para incurrir en conductas negligentes con niñas y niños pequeños a los cuidadores que:

- ▶ Padecen problemas de salud física incapacitantes o de salud mental.
- ▶ Presentan consumos problemáticos de alcohol o drogas, u otras adicciones.
- ▶ Son niñas, niños o adolescentes.
- ▶ Presentan muy bajo nivel educativo.
- ▶ Sufren de malnutrición.
- ▶ Viven en ambientes de marginalidad o son víctimas de violencia.

Estos factores pueden presentarse en variadas asociaciones, multiplicando el riesgo de descuido, particularmente, en contextos familiares y/o comunitarios violentos o de extrema pobreza y situaciones de marginación social. Todos estos grupos son diferentes entre sí, y cada caso requerirá formas de intervención específicas para garantizar el cuidado y la crianza de los niños pequeños a su cargo.

En cuanto a sus efectos, cualquier tipo de conducta negligente, por parte de los cuidadores principales de los niños pequeños, cuya dependencia es prácticamente absoluta, redundará en

perjuicios que afectan su normal desarrollo y pueden incluso comprometer su supervivencia. En cuanto a sus causas, la negligencia puede ser el resultado de una sobrecarga en la responsabilidad de la labor de cuidado, de la falta de apoyo o de múltiples condiciones vitales deficitarias de los cuidadores primarios del niño. Además, estudios revelan que los cuidadores que han sufrido violencia en el pasado, o que experimentan en la actualidad situaciones de estrés o de maltrato, pueden ser más proclives a incurrir en prácticas negligentes con sus hijos:

- **Sobrecarga en la responsabilidad del cuidado temprano.** El aislamiento y la soledad de la madre, o de la persona que cumple la función de cuidado principal, puede constituir un factor de riesgo que facilite la emergencia de un trato negligente o de abandono. Por el contrario, si existen redes de apoyo familiares, comunitarias o institucionales que acompañen positivamente la crianza, pueden constituir un factor de protección y de prevención de conductas negligentes; en particular, las redes solidarias cumplen un papel muy importante en casos de familias con *muchos hijos de corta edad*.
- **Condiciones de pobreza.** De ninguna manera pueden ser consideradas por sí mismas un factor determinante para el descuido o el abandono, pero sí debe reconocerse que, cuando se suman a otros factores de riesgo, coadyuvan en prácticas de negligencia hacia los niños. En casos de extrema pobreza, sufren las mismas privaciones que afectan a sus cuidadores tempranos. La escasez de alimentos, vestimenta y vivienda, junto con la inaccesibilidad de los servicios de salud, obstaculizan o hasta impiden procurar a los niños cuidados adecuados. De cualquier modo, es fundamental diferenciar la negligencia de la precariedad económica, para evitar la “penalización de la pobreza”.



Resultan cruciales la formación y la capacidad de los profesionales y los operadores que están en contacto con bebés y niños pequeños, para observar, prevenir e intervenir en forma acertada ante riesgo o situaciones de negligencia física y/o emocional.

Es fundamental la sensibilidad de los operadores para abordar la negligencia involuntaria, sin poner en marcha intervenciones que resulten innecesariamente disruptivas de vínculos afectivos positivos. Asimismo, la identificación temprana y oportuna de estos casos será determinante para activar los dispositivos de apoyo a las personas que tienen a los niños bajo su cuidado.

Salvo cuando se esté frente a obstáculos insalvables para sostener la crianza (personas con adicciones o padecimientos mentales graves, privadas de libertad en régimen cerrado, etc.), si existen el deseo y la voluntad de cuidar a un niño, con apoyos, orientación y asistencia adecuadas a cada situación, el vínculo entre éste y sus cuidadores puede volver a desarrollarse de manera aceptablemente saludable.



5. Pérdida temprana de cuidados parentales por entrega al cuidado de otros

Otra situación que puede llevar a la pérdida de cuidados parentales de bebés y niños pequeños se produce cuando alguno de los progenitores, responsables primarios de su crianza, los dejan con otras personas comprometidas con el cuidado –familiares, amigos o vecinos–, en forma prolongada o permanente. Es importante notar que, en muchos casos, las personas que quedan a cargo del niño reemplazan eficazmente a las madres y los padres.

Un motivo frecuente para delegar el cuidado en familiares o allegados es la conformación de una nueva familia. Cuando alguno de los progenitores se queda solo al cuidado de un hijo pequeño y constituye una pareja nueva, a veces se separa de éste para preservar el nuevo vínculo y, al mismo tiempo, apartar al niño de una convivencia hostil, procurándole en cambio un medio familiar que le ofrezca mejores garantías de afecto y cuidado.

El mismo objetivo puede guiar la determinación de otros progenitores que, por muy diversos motivos, se sienten incapaces de garantizar la crianza en sus actuales circunstancias y prefieren delegarla en otros durante un tiempo indefinido.

Es importante notar que, en la mayoría de los casos, no existe en estos padres una decisión de separarse de sus hijos de manera definitiva, sino que piensan preservar su relación filial a la distancia y retomar la convivencia cuando evalúen que las condiciones son más apropiadas. Por esa razón, no ceden derechos y preservan el vínculo jurídico que los une con sus hijos.

Cuando la elección de las personas o las familias que quedarán a cargo del niño se hace cuidadosamente, su atención se realiza mediante un acuerdo de responsabilidades compartidas entre los progenitores y los cuidadores. Esta situación no puede ser calificada de abandono.

Sin embargo, puede ocurrir que la elección de los cuidadores no sea la adecuada, que los acuerdos de responsabilidad compartida sean rotos por ambas o una de las partes, o que la distancia y el tiempo de separación debiliten la relación entre el niño y los progenitores. En estos casos, la conducta de los padres, de los cuidadores, o de ambos, puede dar lugar a situaciones de maltrato grave y de abandono efectivo.

Algunos progenitores optan por dejar a sus hijos pequeños en ámbitos institucionales cuando no confían en las propias posibilidades de satisfacer sus necesidades materiales y considerando que los servicios (vivienda, abrigo, alimentación) que ofrece el ámbito institucional les inspiran mayor confianza que otras personas o familias conocidas. Esta práctica debe erradicarse.



- Las políticas públicas dirigidas a la niñez deberían considerar la situación de estos bebés y niños pequeños, que son criados en el marco de acuerdos informales entre progenitores y personas o familias cuidadoras. No necesariamente

para impedir o desalentar estas prácticas, que suelen tener un fuerte arraigo cultural en los países de nuestra región y pueden significar para los niños la posibilidad de una convivencia familiar muy adecuada a sus necesidades, sino para garantizar, a ellos y a las familias o las personas que los tienen a su cargo, el acceso a los recursos y al apoyo que requieran para llevar a buen término el proceso de crianza, en paridad de condiciones a las ofrecidas a las familias biológicas o legalmente adoptivas, y hasta tanto se defina la convivencia en ese grupo o se restaure el vínculo con los progenitores.

- Se debe garantizar a los niños pequeños criados por personas allegadas el acceso a sus derechos, a seguridad social, salud y educación, para lo cual es imprescindible facilitar la formalización legal de los acuerdos establecidos entre los padres y los cuidadores, mediante figuras legales que provean un claro encuadre dentro del cual ambos definan su compromiso y su responsabilidad en relación con el niño que tienen a su cargo.

...

6. La separación involuntaria por intervención estatal y la ubicación de niños pequeños en instituciones de cuidado

No siempre la separación entre cuidadores primarios y niños pequeños es un acto voluntario. Con frecuencia, esa decisión es forzada mediante una intervención de los sistemas de protección de la infancia, que determinan que la convivencia implica para el niño en cuestión la vulneración de sus derechos fundamentales, con riesgo cierto para su pleno desarrollo, y hasta para su supervivencia.

Actualmente, todas las legislaciones nacionales vigentes, siguiendo los lineamientos impuestos por la CDN, descartan la situación de pobreza como posibilidad legítima para separar al niño de su familia de origen. No obstante, aún son muy frecuentes en la región las prácticas institucionales que, confundiendo pobreza con abandono o negligencia, deciden tal separación.

No obstante, puede ocurrir que, ciertamente, el niño pequeño sea objeto de algún tipo de maltrato y que la intervención estatal para forzar la decisión familiar resulte indispensable. Frente a esta realidad, es fundamental contar con equipos técnicos capacitados para:

- *Evitar que la intervención implique una ruptura innecesaria de vínculos con la familia de origen, ayudando a adquirir recursos materiales y capacidades afectivas de cuidado.*

- *Poner en marcha todos los recursos necesarios para ofrecer el apoyo que se requiera en el cuidado y la crianza.*

En los casos en que la separación sea inevitable, es fundamental:

- *Situar en el centro de la intervención las necesidades y el interés superior del niño, tomando todos los recaudos para que sea lo menos dolorosa posible para los diferentes implicados, pero sin dilatar innecesariamente los tiempos.*
- *Implementar recursos institucionales y normativas que no dilaten excesivamente el tiempo destinado a fortalecer el vínculo entre el niño y quien ejerce su cuidado temprano, cuando no se muestren evidencias claras de resultar satisfactorio.*
- *Evitar la internación del niño en instituciones de alojamiento residencial, a fin de no caer en un proceso que acabe transformándolo nuevamente en víctima.*
- *Ofrecer a los niños, con la mayor prontitud posible, un ambiente familiar alternativo que pueda dar el cuidado integral que requiere dentro del breve tiempo en que se desarrolla la primera infancia, cuya calidad es determinante para su vida futura.*

7. Trabajo en casos de separación

En las situaciones de abandono, de separación por intervención en contra de la voluntad de los progenitores, y en las de entrega voluntaria, debe trabajarse para que esa separación sea elaborada, y amortiguado el sufrimiento psíquico que este hecho produce en el niño pequeño.

Es importante considerar que, en las situaciones de separación, se está frente una persona que puede encontrarse en un estado de alto grado de vulnerabilidad emocional, por lo cual el cuidador quizás pase por momentos de incertidumbre, ambivalencia, preocupación, miedo, vergüenza, angustia, inseguridad económica, entre otros.

O bien estar frente a personas que no aceptan la situación de separación del niño pequeño que tienen bajo su cuidado. En estas situaciones, suelen producirse reacciones emocionales violentas que deriven en que el pequeño involucrado se encuentre en un escenario de gran complejidad.

Frente a esto, es fundamental la función del entorno y de los dispositivos administrativos que hay que poner en marcha para asegurar que la decisión tomada no se deba a causas reversibles con apoyos diversos o a una situación de vulnerabilidad reversible. Además, es necesario un acompañamiento para que el proceso sea seguro y permita una buena vinculación del niño con sus nuevos cuidadores temporales (acogimiento familiar) o definitivos (adopción).



adopción

acogimiento familiar





cuarta parte.

PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE NIÑOS PEQUEÑOS

Existen, en América Latina y el Caribe, miles de niñas y niños pequeños que, por múltiples causas, se encuentran privados de cuidado parental en forma temporal o definitiva. Cuando las acciones preventivas de la separación no han sido eficaces, deben considerarse una medida alternativa de cuidado transitorio, el *acogimiento familiar* (en adelante, AF), o una medida de protección definitiva, la *adopción*, en aquellos casos en que se define que la revinculación no es posible.

Ambas opciones pueden proporcionar a los niños más pequeños la oportunidad de crecer en un entorno seguro, responsable y emocionalmente disponible para satisfacer sus necesidades.

A continuación se señalan algunos aspectos centrales de estas dos modalidades orientadas a restituir el derecho a la vida familiar.

1. El acogimiento familiar de niñas y niños pequeños

1.1. Acogimiento en familia extensa, la primera opción

El AF puede ser de diferentes tipos. En muchas localidades de nuestra región, los niños que no pueden vivir con sus padres son acogidos en el marco de soluciones informales acordadas con abuelos, otros parientes o, en algunos casos, personas cercanas a la familia; lo que se conoce como “acogimiento informal por familiares”.

En línea con las Directrices de Naciones Unidas sobre las modalidades alternativas del cuidado de los niños, el acogimiento en familia extensa es la primera opción que se debe intentar. Para ello, es fundamental realizar una indagación de las redes sociales primarias del niño, a fin de detectar aquellos integrantes de su familia extensa o referentes afectivos de su comunidad que puedan ejercer el cuidado temprano y estén dispuestos a asumir dicho rol transitoriamente.

Las Directrices recomiendan que los acogimientos informales sean formalizados. De esta manera, los equipos técnicos podrán apoyar y acompañar apropiadamente a los cuidadores y propiciar junto con ellos el vínculo del niño pequeño con su familia de origen.

1.2. Acogimiento familiar en ámbitos no conocidos previamente

En caso de que no exista una persona en su ámbito familiar que pueda hacerse responsable del cuidado temprano del niño, los equipos a cargo del proceso deberán iniciar el proceso de integración en familias de la comunidad previamente convocadas, evaluadas y capacitadas, que puedan ejercer el rol del acogimiento a través de programas específicos de los que deberían disponer.

Estos grupos familiares deben tener preferentemente la misma pertenencia comunitaria que el niño aunque, por no ser conocidas por el niño antes del proceso de acogimiento, se las suele denominar “familias de acogida ajenas” o “familias externas”.

En estas situaciones en las que los entornos de cuidado son modificados, hasta alcanzar una solución más definitiva, constituirá un desafío poder proporcionar al niño vínculos seguros y un ambiente estable. Además, es clave el respeto por el origen étnico, cultural, lingüístico y/o religioso del niño, y que pueda seguir integrado en el ámbito comunitario del cual proviene.

Cuando el proyecto de AF prevé el retorno a la familia de origen, la familia de acogida es complementaria y no sustituta, deberá facilitar la continuidad de las relaciones afectivas y las visitas del niño con su familia de procedencia, en un entorno protegido, cuidado y libre de conflictos de lealtad.

1.3. Objetivos y preparación de las familias de acogida

El trabajo realizado por los equipos de los programas de AF se centra en la protección de niñas y niños, y para ello trabajan con la familia acogedora, y con la familia de origen. Ambas deben centrarse en el niño, promoviendo su bienestar integral durante el tiempo que compartan las responsabilidades sobre su cuidado. Para ello, deben contar con el apoyo para el acceso a tratamientos médicos, abordajes terapéuticos, actividades de estimulación y demás recursos que se requieran. También es central brindar al niño un espacio de escucha, contención y acompañamiento durante el cuidado alternativo.

El manejo cuidadoso y apropiado de la situación es clave, considerando el impacto que estas experiencias pueden tener en la vida de los más pequeños. De esta manera, se le debe explicar al niño, en un lenguaje y una forma adecuados a su etapa evolutiva, lo que está ocurriendo.

Con la familia acogedora, la tarea está centrada en la convocatoria, la evaluación, la preparación, el acompañamiento, el apoyo en su rol de cuidado y supervisión regular. Asumiendo el desafío del AF en edades tempranas, se requiere un abordaje riguroso y sistemático de estos procesos, realizando desde el inicio una convocatoria específica y una óptima selección y formación, junto con un seguimiento cercano y frecuente, y el despliegue de todos los apoyos necesarios (económicos y técnicos), a fin de que las familias de acogida se sientan con los recursos para emprender la desafiante tarea de cuidar temporalmente a los niños.

Asimismo, se las debe preparar para que conozcan bien las particularidades de este tipo de acogimiento (duración, necesidades del niño en esta etapa evolutiva, posibles medidas a tomar para definir el cuidado más permanente del niño, etc.), para que tengan unas expectativas adecuadas, para conocer sus derechos y sus límites, y para que estén a fin de enfrentar los desafíos implicados en la vinculación y la desvinculación con el niño.

Además, las familias acogedoras deben ser sensibilizadas y capacitadas para conocer las cuestiones relacionadas con el desarrollo de niños pequeños y las estrategias de abordaje para la comunicación con ellos. Los equipos técnicos, y quienes hasta el momento eran los cuidadores del niño, deben tomar contacto con la familia acogedora, para poder transmitirle información relevante antes de producirse la integración a este nuevo ámbito. Dentro de la información clave a compartir, se cuentan aspectos significativos de la historia del niño, cuestiones relativas a su estado de salud o necesidades particulares, como así también sus gustos o sus intereses (comidas, juegos o canciones favoritas, la forma en la que se va a dormir, etc.).

1.4. Temporalidad, derechos y familia de origen en el acogimiento

También, se puede solicitar a las familias de origen que entreguen a la familia acogedora las pertenencias del niño que sean importantes para él –ropa, juguetes, etc.–, con el objeto de promover un sentimiento de continuidad, preservando su historia y su derecho a la identidad.

Por otra parte, los programas de AF dirigidos a niñas y niños menores de tres años deben estar preparados para enfrentar situaciones específicas desafiantes y, en algunos casos, conflictivas,

como la “apropiación” de algunas familias acogedoras, la que comienza con el apartamiento del niño de la familia de origen. Estas situaciones suelen producirse por la extensión indebida de los procesos de acogimiento, debido a fallas en el sistema integral de protección infantil.

Por ello, un factor clave en el AF de niñas y niños pequeños es la temporalidad, puesto que debe ser lo más breve posible, evitando las rupturas o la prolongación innecesaria; para ello, hay que seguir criterios adecuados respecto de la selección, la formación y la asignación de la familia acogedora, y evaluar continuamente las necesidades, los recursos y el proceso de integración del niño en ella.

Asimismo, mientras el niño esté siendo acogido transitoriamente, deben coordinarse, entre los actores sociales involucrados, todas las acciones de apoyo orientadas al regreso del niño con su familia de origen, siempre que vaya en beneficio de su bienestar integral. O bien coordinar y activar, eficiente y adecuadamente, una medida más definitiva, como la adopción.

El trabajo con la familia de origen tiene como objetivo su fortalecimiento, el cual puede requerir intervenciones en distintas áreas, según fuera indicado en otras secciones de este Modelo (empleo, vivienda, salud, educación, alimentación, abordaje terapéutico), para lo cual el trabajo en red con otros programas u organizaciones es clave, así como el trabajo de acompañamiento en la reconstrucción del vínculo con el niño; para esto, se requiere crear espacios de encuentro seguros entre ellos.

Es fundamental que los equipos técnicos de los programas de AF promuevan en las familias el desarrollo de competencias y capacidades de cuidado temprano, así como el vínculo afectivo entre los cuidadores primarios y el niño, realizando un acompañamiento que les brinde la orientación necesaria para adoptar nuevas pautas educativas, reducir conflictos y manejar situaciones estresantes.

Independientemente de si se prevé o no el retorno a su familia de origen, cuando ya se han establecido vínculos afectivos (tanto con adultos como con hermanos), deberán ser mantenidos siempre y cuando respondan a su interés y bienestar.

2. La adopción de niñas y niños pequeños

Algunos niños pequeños privados tempranamente de cuidado parental serán adoptados, dado que no pueden retornar a su familia de origen, ya que, a pesar de los esfuerzos realizados, no se logra revertir la situación que dio origen a la separación. A eso se suma que, en estos casos, no ha sido posible identificar, en su familia extensa y sus redes comunitarias, adultos con capacidad y/o voluntad de acogerlos.

Actualmente, cada país tiene su propia normativa para regular los procesos adoptivos, de modo que los profesionales intervinientes deberán remitirse a dicho marco legal e institucional, trabajando en articulación con el organismo público correspondiente, que con seguridad cuenta con un registro de aspirantes a la adopción evaluados como idóneos.

Pero, más allá de la legislación de cada país, se debe priorizar la adopción nacional y respetar el principio de subsidiariedad de la adopción internacional que contempla la normativa internacional.

Cabe destacar que la condición de adoptabilidad de un niño debería ser siempre determinada por el Estado y sus instituciones intermediarias acreditadas, en particular mediante una intervención judicial que, aplicando la legislación específica que regula la adopción, determina las razones para que el niño sea incluido dentro de una familia distinta de la propia.

Para que esto ocurra, en general se incluyen dos motivos fundamentales: la existencia de una vulneración grave de los derechos del niño en el seno de dicha familia, o el riesgo cierto de que esto ocurra, y la inexistencia o la ruptura definitiva de vínculos con la familia de origen.

La primera de estas causas alude a la existencia de un maltrato gravísimo por parte de la familia biológica y, en ese caso, la separación del niño puede realizarse forzosamente, contra la libre voluntad de entrega por parte de los progenitores. La segunda incluye las figuras de orfandad y de “abandono”, y puede ser decidida a partir de una entrega voluntaria de los padres del niño, en particular de su progenitora. A continuación, nos referiremos a esta última posibilidad.

En nuestra región, todavía se realizan procesos de adopción ilegales y prácticas de acuerdo mutuo de “entrega directa” de niños sin la mediación del Estado. Estas prácticas evidencian la situación de extrema exclusión en la que algunas mujeres pueden verse o ser forzadas a tomar una decisión de la que no están convencidas. Incluso algunos estudios demuestran que, en ocasiones, los bebés son separados de sus madres por medio de engaños y otras formas de violencia.

Por ello, la prohibición de la entrega directa de niñas y niños promueve la protección de todos los participantes del proceso adoptivo y, en especial, a las familias de origen que se encuentran en situación de vulnerabilidad, en riesgo de caer en el circuito de tráfico para la adopción ilegal.

2.1. La estigmatización de las madres y los padres que deciden entregar en adopción

En la figura de la adopción, se muestra la calificación de “madre abandonica”, o el término más eufemístico de “mujer en conflicto con su maternidad”, aplicado a quienes, transgrediendo supuestas leyes naturales, renuncian al cuidado de un hijo. De esta forma, la cultura patriarcal continúa marcando firmemente la sanción moral negativa hacia la mujer que, por cualquier motivo, opta por entregar en adopción a su hijo.

No obstante, las madres que están en esta situación, muchas veces, han sido excluidas y abandonadas por el conjunto de la sociedad. La censura social que recae sobre los progenitores, especialmente sobre las madres, invisibiliza las circunstancias que pueden conducir las hacia esa difícil decisión.

Las redes de apoyo social y afectivo que contengan favorablemente el vínculo de la madre con el bebé recién nacido constituyen siempre un factor fundamental para orientar tal determinación. Pero esta presencia activa no garantiza plenamente que una mujer, habiendo transitado el proceso de gestación y parto, sostenga el deseo y la voluntad de crianza. Hacer lugar a la libre expresión de ese deseo y esa voluntad, así como a las dudas y las ambivalencias que lo atraviesan, es uno de los desafíos que deben enfrentar los equipos que intervienen en los procesos de entrega en adopción.

La figura del abandono no siempre refleja la situación de entrega, sino que muchas veces tergiversa otros sentidos que puede tener la entrega voluntaria del niño por parte de la madre. La decisión de separarse puede estar basada en la convicción de que éste es el modo de ofrecer a un hijo mejores oportunidades de cuidado y cariño en el seno de otra familia. Los profesionales de distintas disciplinas y ámbitos de intervención deben ser sensibles a esta situación, considerando desprejuiciadamente la compleja historia y las circunstancias vitales de las mujeres que deciden delegar, mediante esta vía, la crianza de un hijo.

2.2. El proceso de separación

La entrega de un niño en adopción constituye un proceso que puede diferir enormemente en forma, en tiempo, y en función de la conflictividad asociada, como hemos tratado más extensamente en la tercera parte de este informe. (Ver, aparte, las “Pautas de trabajo en situaciones de separación”).

El contexto de esta entrega y separación debe ser un proceso reflexivo que pasa por diferentes etapas y que puede cambiar drásticamente después del parto, en el momento del encuentro real con ese hijo. En caso de hacer entrega del niño, y aun cuando esté lo más segura posible de que está tomando la mejor decisión que puede, la madre de origen deberá, muchas veces, asumir solitariamente las múltiples dudas respecto del bienestar futuro de su hijo en la nueva familia que lo acogerá, los trámites judiciales y la separación definitiva.

Asimismo, en función de paradigmas naturalizadores del vínculo materno-filial, algunos operadores intentan estimularlo, aun cuando una madre ha decidido no ver a su hijo y ha expresado el deseo de entregarlo. Por eso, es fundamental el desarrollo de buenas prácticas que respeten la decisión personal, las vivencias y los tiempos de cada mujer. Resulta urgente avanzar en el establecimiento de protocolos especiales de entrega, y en la formación y la sensibilización de los profesionales que están presentes y acompañan estos momentos tan críticos.

2.3. Procesos de separación y duelo

Toda adopción involucra una serie de experiencias de pérdida y separación para los implicados en el proceso. En cuanto a las mujeres que ceden a sus hijos, si bien luego de su gestación no mantienen consigo a la criatura, conservarán para siempre, en su historia y su memoria, la experiencia de haber estado embarazadas y haber dado a luz a ese bebé.

La realidad casi desconocida que acompaña el período posterior de la adopción, para numerosas madres de origen, implica muchas veces vivir en la paradoja de separarse físicamente de ese hijo y, al mismo tiempo, no poder separarse de por vida de la marca que les dejará esa experiencia. De esta manera, el proceso de duelo posterior a la separación queda de alguna forma abierto, a lo largo de la vida, a diferentes resignificaciones y posicionamientos subjetivos que no encontrarán una elaboración definitiva, sino que las acompañarán en sus trayectorias vitales posteriores.

23 Es necesario consignar que algunas de estas mujeres o familiares biológicos pueden ser renuentes a seguir vinculadas/os a las instituciones donde hicieron su proceso de discernimiento, por el comprensible dolor que les genera seguir en contacto con equipos que gestionaron la adopción. Por eso, es fundamental contar con dispositivos de derivación oportuna a espacios de atención especializados y accesibles, para que no se queden sin los apoyos necesarios por este motivo.

Lo anterior es especialmente crítico si se considera que, en muchas ocasiones, las mujeres no cuentan con suficiente apoyo durante el proceso de gestación, y muchísimo menos después de dar en adopción. Es estrictamente necesario que los modelos de intervención dirigidos al trabajo con ellas ofrezcan durante tiempos más extensos un apoyo posadoptivo especializado e integral, en el caso de que ellas libremente lo deseen y soliciten, con el objeto de favorecer condiciones adecuadas para la elaboración de los duelos que deberán enfrentar y los sentimientos que experimentarán, así como también ofrecerles la ayuda social para reorganizar sus vidas y mejorar sus condiciones de vida.²³

En cuanto al niño, toda adopción, independientemente de cómo se produzca, deriva de una separación que, desde un inicio, imprimirá sus marcas diversas en su trayectoria de vida. Pese a su corta edad, la experiencia de separación pasará a ser parte de la escena fundante desde la cual necesitará producir nuevos lazos que den sentido a su existencia.

Diversos estudios mencionan que variables como la edad de adopción, la naturaleza de las experiencias antes de la separación, la presencia de circunstancias traumáticas que rodean la separación, el tiempo de institucionalización si la hubo, la presencia y la calidad de la interacción establecida con los padres adoptivos son factores que pueden incidir en la magnitud de los efectos de la separación.

Investigaciones reportan que, a mayor edad, mayor es la probabilidad de haber vivenciado experiencias negativas en el tiempo preadoptivo. Frente a ello, si bien la adopción implica una serie de desafíos específicos, ha sido considerada una medida muy positiva para brindar a niñas y niños un ambiente familiar adecuado y estable en el tiempo, además de ser el cumplimiento de un derecho.

Una adecuada elaboración de la separación temprana comienza con el respeto por el derecho a la identidad y a conocer la verdad sobre sus orígenes.

Distintos expertos sostienen que existen una serie de necesidades relacionadas con la identidad adoptiva y la historia de origen, entre las que se cuentan: la necesidad de entender, aceptar e integrar su historia personal y familiar pasada, las razones de su adopción, sus separaciones, la necesidad de entender la situación adoptiva como rasgo estable de su identidad y como conexión a dos familias, la necesidad de elaborar progresivamente los duelos y las preocupaciones respecto del pasado, la necesidad de percibir respeto por su pasado y su cultura de origen, y la necesidad de percibir una actitud favorecedora y de apoyo en el proceso de búsqueda de orígenes.

De esta manera, resulta central que la familia adoptante cuente con un apoyo especializado para poder establecer un vínculo con el niño, manejar el origen adoptivo sin temor a la estigmatización y de una manera apropiada a la etapa evolutiva, desarrollando las competencias necesarias para ir enfrentando los respectivos desafíos del cuidado y la crianza.

2.4. El respeto por los tiempos de las familias de origen y del niño

Los tiempos de las familias de origen, en especial de los progenitores, y el tiempo de los niños se vuelven, muchas veces, un tema complejo de compatibilizar. En ocasiones, se interpreta el respeto a los tiempos de decisión de la mujer en contradicción con las necesidades y los derechos de niño que engendró.

Dada la compleja y dramática decisión que puede significar entregar a un hijo al cuidado de otros, se vuelve necesario otorgar un determinado plazo a la mujer antes de resolver si se desvincula o no del niño. Este lapso debe considerar los efectos transitorios de la etapa puerperal, en la que pueden generarse ciertos desequilibrios emocionales o psíquicos, que podrían afectar la validez de una decisión o, como ya se ha señalado, causar indefensión frente a personas que buscan apropiarse del niño.

Este tiempo debe ser entendido como un tiempo de ayuda activa, en el que se dispongan diversos recursos (apoyo psíquico, social y jurídico) a todos los protagonistas, para que la decisión no sea tomada desde la absoluta vulnerabilidad, sino en la mejor de las condiciones posibles.

Sin duda, la consideración de un plazo no es aplicable en los casos en que los supuestos cuidadores primarios del recién nacido o el niño pequeño incurren en malos tratos graves (por acción u omisión). En dichas situaciones, la separación (temporal o definitiva) del niño se impone bajo resolución judicial, siguiendo los tiempos de los procedimientos de protección e intervención.

Al plazo que cada legislación tiene previsto para los progenitores, muchas veces se oponen argumentos que señalan la consideración del efecto del tiempo en el proceso de desarrollo de los niños pequeños. Son numerosos los estudios que demuestran el efecto negativo sobre el bienestar y el desarrollo integral que tienen la privación o la discontinuidad de las figuras cuidadoras.

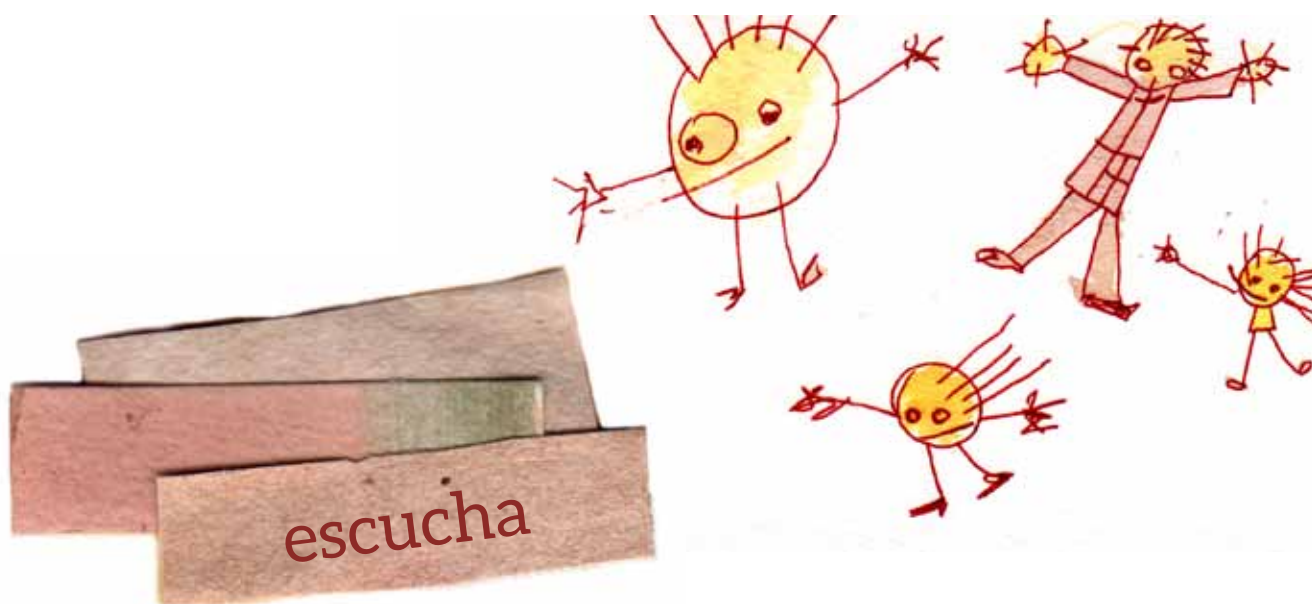
Como ya se ha señalado, los primeros días, meses y años son críticos para la vida de un niño, y las necesidades diversas que los pequeños presentan deben ser satisfechas de la forma más óptima posible por parte de las familias, las comunidades y los Estados.

En virtud de lo anterior, es un desafío fundamental para los operadores del sistema que, tanto en los procesos de prevención de la institucionalización como en aquellos ligados a la desinstitucionalización de menores de tres años, se llegue a un equilibrio entre la urgencia y la dilatación, entre los tiempos que se requieren para agotar todos los recursos y los apoyos

disponibles para la promoción y el establecimiento de conductas de cuidado por parte de las familias de origen, y en especial de los cuidadores directos del niño; así como de los tiempos críticos para asegurar un cuidado alternativo adecuado y personalizado que garantice las necesidades de afecto, contención y estimulación para cada niño de esta edad.

24 Las Directrices enfatizan la importancia de agotar todos los medios al alcance para evitar el desvinculo. En la circunstancia de que se llegue a la sólida conclusión de que el niño está imposibilitado de crecer en su familia de origen, pasará a la protección del Estado, el que deberá restituir su derecho a vivir en familia.

Esto constituye un proceso dinámico y complejo que requiere una diversidad de miradas disciplinarias, la articulación entre los actores y los sistemas involucrados, y el acceso a recursos para otorgar las mejores condiciones a los protagonistas de cada una de estas historias.²⁴



sostén

contención

sensibilidad





bibliografía y documentos consultados.

- Aguayo, F. y Kimelman, E. (2013).** *Guía de paternidad activa y corresponsabilidad en la crianza*. Santiago de Chile: UNICEF/Cultura Salud/EME/Chile Crece Contigo. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2014/02/guia-paternidad-activa-y-corresponsabilidad-de-la-crianza.pdf>.
- Amato, P. y Gilbreth, J. (1999).** Non-resident fathers and children's well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 61 (3), 557-573.
- Amnistía Internacional (2009).** *The total abortion ban in Nicaragua. Women's lives and health endangered, medical professionals criminalized*. Londres: Amnistía Internacional.
- Araujo, M. C.; López-Boo, F., y Puyana, J. M. (2013).** *Panorama sobre los servicios de desarrollo infantil temprano en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo División de Protección Social y Salud. Disponible en: <https://publications.iadb.org/handle/11319/3617?locale-attribute=es>.
- Azaola, E. (2007).** Género y justicia penal en México. En Samaranch, E. y Bodelón y **González, E. (eds.) (2007).** *Mujeres y castigo: un enfoque socio-jurídico y de género*. Madrid: Dykinson.
- Balsells, M. A. (2007).** *Orientaciones para promover acciones socioeducativas con familias en situación de riesgo social. Guía para la gestión de centros educativos*. Barcelona.

- Batthyány, K. (2015).** *Las políticas y el cuidado en América Latina Una mirada a las experiencias regionales*. CEPAL, Serie Asuntos de Género N° 124.
- Bedregal, P. y Pardo, M. (2004).** *Desarrollo infantil temprano y derechos del niño*. Santiago de Chile: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Serie Reflexiones Infancia y Adolescencia.
- Blofield, M. y Martínez, J. (2014).** Trabajo, familia y cambios en la política pública en América Latina: equidad, maternalismo y corresponsabilidad. *Revista CEPAL* 114, 108-125. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/54418/RVE114BlofieldMartinez.pdf>.
- Bowlby, J. (1982).** *Los cuidados maternos y la salud mental*. Buenos Aires: Hvmánitas.
- Breuer, J. y Freud, S. (1999).** *Estudios sobre la histeria (1893-1895)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Briozzo, L. (Ed.) (2007).** *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones del riesgo*. Montevideo: Arena.
- Brito, P. (2014a).** *How children's brains develop—new insights*. Disponible en: <https://blogs.unicef.org/blog/how-childrens-brains-develop-new-insights>
- Brito, P. (2014b).** *Neuroscience is redefining early childhood development*. Disponible en: <http://blogs.unicef.org/2014/09/20/neuroscience-is-redefining-early-childhood-development>.
- Brooker, L. y Woodhead, M. (2008).** *El desarrollo de identidades positivas. La diversidad y la primera infancia*. Londres: Child and Youth Studies Group y The Open University. Disponible en: http://www.oei.es/pdfs/primer_infancia_perspectiva.pdf.
- Browne, K. (2000).** *The risk of harm to young children in institutional care*. Londres: Better Care Network y Save the Children.
- Cantwell, N.; Davidson, J.; Elsley, S.; Milligan, I., y Quinn, N. (2012).** *Manual Avanzando en la implementación de las directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños*. Londres: Centre for Excellence for Looked After Children in Scotland (CELCIS).
- CELS-Ministerio Público de la Defensa de la Nación y Procuración Penitenciaria de la Nación. (2011).** *Mujeres en prisión*. Los alcances del castigo. Buenos Aires: Siglo XXI. Disponible en: <http://www.cels.org.ar/common/documentos/mujeresenprision.pdf>.
- Comité de los Derechos del Niño (2005).** *Observación General N° 7. Realización de los Derechos del Niño en la primera infancia*. Ginebra: Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.unicef.org/ceecis/crcgencommes.pdf>
- Contreras, J.; Bott, S.; Guedes, A., y Dartnall, E. (2010).** *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la violencia sexual*. Disponible en: http://www.oas.org/dsp/documentos/Observatorio/violencia_sexual_la_y_caribe_2.pdf
- Cooper, P.; Murray, P. L., y Halligan, S. (2010).** "Tratamiento y depresión posparto". En *Enciclopedia sobre el desarrollo en la primera infancia*. Londres: Winnicott Research Unit, University of Reading. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/depresion-materna/segun-los-expertos/tratamiento-y-depresion-posparto>
- Covell, K. y Becker, J. (2011).** *Cinco años después: una puesta a punto a nivel mundial sobre la violencia contra niños y niñas*. Consejo internacional de ONG para el Seguimiento del Estudio de Naciones Unidas sobre violencia contra los niños y niñas. Disponible en: http://www.crin.org/docs/GGUU-violencia-web_Spanish.pdf
- Cruzat, C. y Aracena, M. (2006).** Significado de la paternidad en adolescentes varones del sector sur-oriente de Santiago. *Psyche*, 15 (1), 29-44. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96715103>
- Cummings, M. y Kouros, C. (2009).** *Depresión materna y su relación con el desarrollo y la adaptación de los niños*. Nueva York: University of Notre Dame y Vanderbilt University. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/sites/default/files/textes-experts/es/2450/depresion-materna-y-su-relacion-con-el-desarrollo-y-la-adaptacion-de-los-ninos.pdf>.
- De Oliveira, L. (2009).** Factores asociados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Revista Saúde Pública*. 43 (2), 299-310. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf./rsp/2009head/7172.pdf>.
- Faúndez, A. y Barzelatto, J. (2007).** *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Santiago de Chile: LOM.
- Fraser, J. (s/f).** *Desarrollo del cerebro basado en la experiencia temprana y su efecto en la salud, el aprendizaje y la conducta*. Washington: Desarrollo Infantil Temprano-OEA. Disponible en: <http://www.oas.org/udse/dit2/relacionados/archivos/desarrollo-cerebral.aspx>

- Giberti, E. (2006).** El nombre de la madre de origen. *Revista Actualidad Psicológica*, 340. Disponible en: <http://evagiberti.com/el-nombre-de-la-madre-de-origen/>
- Giberti, E. (2012), Prólogo.** En **Leus, I. (ed.) (2012).** *Desvínculo y adopción. Una mirada integradora. Una puesta a punto orientada a fortalecer las prácticas profesionales*. Montevideo: Iniciativas Sanitarias, pp. 19-28). Disponible en: <http://www.iniciativas.org.uy/wp-content/uploads/2012/10/desvinculo-adopcion-web-11.pdf>.
- Glaser, D. (2000).** Child abuse and neglect and the brain. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 41, 97-116.
- Irwin, L.; Siddiqi, A., y Hertzman, C. (2007).** *Desarrollo de la primera infancia. Un potente ecualizador*. Informe Final para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf.
- Jaar, E. (2013).** *Un modelo de intervención en la privación afectiva*. Ponencia VII Congreso de la Federación Latinoamericana de Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoanálisis (FLAPPSIP), Santiago de Chile, mayo.
- Kalinsky, B. (2011).** Hijos de la cárcel: maternidad y encierro. En Felitti, K. (comp.) (2011). *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. Buenos Aires: CICCUS, pp. 211-236.
- Lake, A. y Chan, M. (2014).** Putting science into practice for early child development. *Lancet*, 20, 1-2: doi: 10. 1016/S0140-6736 (14) 61680-9.
- Langer, A. (2002).** El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11 (3), 192-205. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000300013.
- Larraín, S. y Bascuñán, C. (2009).** Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. En *Desafíos (Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio)*. CEPAL/UNICEF. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF(1).pdf).
- Lefio Celedón, L.; Silva Bustos, H., y Rivas Castro K. (2013).** Maltrato infantil en la primera infancia: una revisión panorámica sobre prevención, detección y tratamiento. *Medwave* 13 (7): e5748 doi: 10. 5867/medwave. 07. 5748
- Le Franc, E. et al. (2008).** Interpersonal violence in three Caribbean countries: Barbados, Jamaica and Trinidad and Tobago. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 24 (6), 409-421. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n6/a05v24n6.pdf>.
- Leus, I. (ed.) (2012).** *Desvínculo y adopción. Una mirada integradora. Una puesta a punto orientada a fortalecer las prácticas profesionales*. Montevideo: Iniciativas Sanitarias. Disponible en: <http://www.iniciativas.org.uy/wp-content/uploads/2012/10/desvinculo-adopcion-web-11.pdf>.
- Levi-Strauss, C. (1984).** *Antropología estructural*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Lewkowicz, I. (2009).** Frágil el niño, frágil el adulto. En Lewkowicz, I. y Corea, C. (2009). *Pedagogía del aburrido. Escuelas destituidas, familias perplejas*. Buenos Aires: Paidós.
- López, F. (1995).** *Necesidades de la infancia y protección infantil. Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Luna, M. (coord.). (2009).** *Una mirada latinoamericana al acogimiento familiar*. Buenos Aires: Lumen-Hvmanitas.
- Marco, F. (2014).** *Calidad del cuidado y la educación para la primera infancia en América Latina. Igualdad para hoy y mañana*. CEPAL-Serie Políticas Sociales N° 204. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/53259/CalidaddelcuidadoeducacionAL.pdf>.
- Mesa, A. M. y Gómez, A. C. (2010).** La mentalización como estrategia para promover la salud mental en bebés prematuros. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 8 (2), 835-848. Disponible en: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/74/32>
- Milani, P.; Serbati, S., y Lus, M. (2011).** *Programma di intervento per la prevenzione del l'istituzionalizzazione. Guida operativa*. Padua: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali y Università de Gli Studi di Padova.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2014).** *Parole nuove per l'affidamento familiare. Sussidiario per operatori e famiglie*. Padua: Edizioni Le Pensur. Disponible en: <http://www.minori.it/sites/default/files/sussidiario-affido-familiare.pdf>.
- Molero, K.; Urdaneta Machado, J. R.; Baabel Zambrano, C.; Contreras Benítez, N.; Azuaje Quiroz, A., y Baabel Romero, N. (2014).** Prevalencia de depresión posparto

- en puérperas adolescentes y adultas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 79 (4), 294-304. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000400008.
- Moreira, D. (2009).** Las representaciones de las familias de origen. En Luna, M. (coord.) (2009). *Una mirada latinoamericana al acogimiento familiar*. Buenos Aires: Lumen-Hvmanitas.
- OMS (2002).** *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf.
- OMS (2005).** *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf.
- OMS (2007).** *Estrategia europea para la salud y el desarrollo de la infancia y la adolescencia. herramienta de género*. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/herramGeneroEstratInfanAdolesc.pdf>.
- OMS (2009).** *Prevención del maltrato infantil: qué hacer y cómo obtener evidencias*. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243594361_spa.pdf. ?ua=1.
- OMS-UNICEF (2012).** *Care for Child Development. Improving the Care of Young Children*. Disponible en: http://www.unicef.org/earlychildhood/index_68195.html.
- OMS-UNICEF (2013).** *El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad. Un documento de debate*. Disponible en: [http://www.unicef.org/earlychildhood/files/ECDD_SPANISH-FINAL_\(low_res\).pdf](http://www.unicef.org/earlychildhood/files/ECDD_SPANISH-FINAL_(low_res).pdf).
- ONU (1989).** *Convención sobre los Derechos del Niño*. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_MNcdn.pdf.
- ONU (2002).** *Abortion Policies. A Global Review*. Vol III. Oman to Zimbabwe. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/index.htm>
- ONU (2006).** *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.
- ONU (2009).** *Directrices sobre las Modalidades Alternativas de Cuidado de los Niños*. Disponible en: <http://www.relaf.org/directrices/Directrices%20en%20esp.pdf>.
- Ortner, Sh. (1979).** ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura? En Harris, O. y Young, K. (comps.). *Antropología y feminismo*. Barcelona: Anagrama.
- Palacios, J. (2010).** *La aventura de adoptar. Guía para solicitantes de adopción internacional*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/AccessibleLaAventuraDeAdoptar.pdf>.
- Pautassi, L. y Rico, M. N. (2011).** "Licencias para el cuidado infantil. Derecho de hijos, padres y madres". *Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: CEPAL/UNICEF*. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/desafios12_cepal-unicef.pdf.
- Pinheiro, P. C. (2006).** *Informe mundial sobre la violencia contra niños y niñas. Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños y las niñas*. Nueva York: OACNUDH/UNICEF/OMS. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(1).pdf).
- RELAF (2011a).** *Niñez y adolescencia institucionalizada: visibilización de graves violaciones de DDHH*. Disponible en: <http://www.relaf.org/Documento%20agosto%202011%20Relaf.pdf>.
- RELAF (2011b).** *Niñez y adolescencia migrante: situación y marco para el cumplimiento de sus derechos humanos*. Disponible en: <http://www.relaf.org/DocumentoOctubre.pdf>.
- RELAF (2013).** *Discriminación en las instituciones de cuidado de niñas, niños y adolescentes. Institucionalización y prácticas discriminatorias en Latinoamérica y el Caribe*. Disponible en: <http://www.relaf.org/materiales/Discriminacion.pdf>.
- RELAF-SAVE THE CHILDREN-UNICEF (2014).** *Manual sobre estándares internacionales de derechos humanos aplicables a los niños, niñas y adolescentes migrantes*. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Manual_estandares_DDHH_NNA_migrantes.pdf.
- RELAF-SOS Aldeas Infantiles (2010).** *Informe latinoamericano: situación de la niñez sin cuidado parental o en riesgo de perderlo en América latina. Contextos, causas y respuestas*. Disponible en: <http://www.relaf.org/Informe%20Latinoamericano.pdf>.
- RELAF-UNICEF (2011).** *Guía de estándares para el personal de las entidades públicas y privadas que se ocupan de la protección de derechos de niñas, niños y adolescentes. Aplicación de las Directrices de las Naciones Unidas sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños*. Disponible en: http://www.relaf.org/Directrices_VA.pdf.

- RELAF-UNICEF (2013).** *Planificando la desinstitucionalización de niñas y niños menores de 3 años. Guía de aportes para la experiencia de las instituciones de cuidado residencial.* Disponible en: http://www.relaf.org/materiales/Des_bebes.pdf.
- Rico, M. N. y Maldonado, C. (2011).** *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas.* Santiago de Chile: CEPAL.
- Rico, M. N. y Trucco, D. (2014).** *Adolescentes: Derecho a la educación y al bienestar futuro. Serie Políticas Sociales 190.* CEPAL-UNICEF: Santiago de Chile: Naciones Unidas. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Adolescentes_derecho_educacion_bienestar_futuro.pdf.
- Rosaldo, M. Z. (1979).** "Mujer, cultura y sociedad. Una visión teórica". En Harris, O. y Young, K. (comps.) (1979). *Antropología y feminismo.* Barcelona: Anagrama.
- Rosemberg, F. (2009).** La deuda latinoamericana con respecto a los niños y niñas menores de seis años. En Torrado, M. C. (ed.). *Retos para las políticas públicas de primera infancia.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, pp. 11-26. Disponible en: <http://dl.dropboxusercontent.com/u/107590005/pdf./retos-para-las-politicas-publicas-de-primera-infancia.pdf>.
- Rosenberg, J. (2009).** *La niñez también necesita de su papá: hijos e hijas de padres encarcelados.* Ginebra: Quaker United Nations Office. Disponible en: http://www.quno.org/sites/default/files/resources/ESPAN%CC%83OL_Children%20need%20dads%20too.pdf.
- Siegel, D. (2007).** *La mente en desarrollo: cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser.* Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Siegel, D. y Hartzell, M. (2005).** *Ser padres conscientes.* Vitoria: La Llave.
- SITEAL (2009).** *Primera Infancia en América Latina: la situación actual y las respuestas desde el Estado. Informe sobre tendencias sociales y educativas en América Latina.* Buenos Aires: IIPE-UNESCO/OEI. Disponible en: <http://www.siteal.iipe-oei.org/informe/228/informe-2009>.
- Tarducci, M. (2011).** Las "buenas" y "malas" madres de la adopción. En Felitti, K. (comp.). *Madre no hay una sola. Experiencias de la maternidad en la Argentina actual.* Buenos Aires: CICCUS, pp. 199-210.
- Tizón García, J. L. (2002).** Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia desde los dispositivos de atención primaria. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 4, 81-106.
- Townhead, L. (2006).** *Mujeres en la cárcel e hijos de madres encarceladas: desarrollos recientes en el sistema de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.* Ginebra: Quaker United Nations Office. Disponible en: <http://www.agapepenitenciaria.org/wp-content/uploads/mujeres-en-la-carcel-e-hijos.pdf>
- Toth, S. y Peltz, J. (2009).** "Depresión maternal". En *Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia.* Nueva York: Mt. Hope Family Center, University of Rochester.
- UNICEF (2006a).** *Argumentos y herramientas para contribuir a la inversión social a favor de los adolescentes de América Latina y el Caribe.* Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/INVERSION_EN_ADOLESCENTES\(3\).pdf](http://www.unicef.org/lac/INVERSION_EN_ADOLESCENTES(3).pdf).
- UNICEF (2006b).** *Migración e infancia.* Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/migracion_e_infancia\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/migracion_e_infancia(2).pdf).
- UNICEF (2009a).** *Mujeres privadas de libertad. Limitaciones al encarcelamiento de las mujeres embarazadas o con hijas/os menores de edad.* Disponible en: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/mujeres-presas.pdf>.
- UNICEF (2009b).** *Progreso para la infancia: un balance sobre la protección de la niñez.* 8, 1-7. Disponible en: http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/ProgressforChildren-No18_Sp_08132009.pdf.
- UNICEF (2010).** *Retomando el tema de la lactancia materna en la región de América Latina y el Caribe. Un compromiso de UNICEF.* Disponible en: http://www.unicef.org/lac/lactancia_materna_tacro.pdf.
- UNICEF (2012a).** *Inequidades en el desarrollo en la primera infancia. Qué indican los datos pruebas de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados.* Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Inequities_in_Early_Childhood_Development_SP_03232012.pdf.
- UNICEF (2012b).** *Encuentro Regional de Políticas Integrales. Crecer Juntos para la Primera Infancia.* Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/educacion_Libro_primera_infancia.pdf.
- UNICEF (2013a).** *La situación de los niños, niñas y adolescentes*

en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe.

Disponible en: http://www.unicef.org/lac/La_situacion_de_NNA_en_instituciones_en_LAC_-_Sept_2013.pdf.

UNICEF (2013b). *Estado mundial de la infancia 2013. Niñas y niños con discapacidad.* Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/SOWC2013_fullreport_esp\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/SOWC2013_fullreport_esp(2).pdf).

UNICEF (2013c). *Construyendo bases fuertes. Guía programática para la articulación del desarrollo de primera infancia y la reducción del riesgo de desastres.* Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Gui_Cons.pdf.

UNICEF (2014). *Manual de los Derechos del Niño: integración de los Derechos del Niño en la cooperación para el desarrollo.* Disponible en: http://www.unicef.org/eu/crtoolkit/downloads/Child-Rights-Toolkit-Web-Links_ES.pdf.

UNICEF-PLAN (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región informe final.* Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0-2bis.pdf.

Vaca, M. (2005). *Bolivia's Prison Children.* BBC News. Disponible en: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/americas/4415294.stm>.

Vargas-Barón, E. (2009). *Implementación a gran escala: el desarrollo de la primera infancia en América Latina. Diseñando programas de desarrollo de la primera infancia exitosos y sostenibles con cobertura nacional.* Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Gran_Escala_UNICEF_Vargas_Baron.pdf.

Walker, S.; Wachs, T.; Meeks Gardner, J.; Lozoff, B.; Wasserman, G.; Pollitt, E., y Carter, J. (2007). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*. 369, 145-157. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdf.s/lancet_child_dev_series_paper2.pdf?ua=1.

Wolfe, D. (2004). *Servicios y programas comprobadamente efectivos para prevenir el maltrato infantil y su impacto en el desarrollo social y emocional de los niños pequeños (0-5).* Canadá: Centre of Excellence for Child Welfare. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/sites/default/files/>



prevención de separación y abandono de niños pequeños.

MARCO INTERSECTORIAL
DE INTERVENCIÓN

1. PREVENCIÓN DE SEPARACIÓN Y ABANDONO DE NIÑOS PEQUEÑOS

PREVENCIÓN PRIMARIA
Reducir la necesidad del acogimiento alternativo.

PREVENCIÓN SECUNDARIA
Reducir el uso del acogimiento alternativo.

1.

Objetivo

» Fortalecer a las familias para que puedan cuidar a los niños y las niñas.

» Responder a las necesidades en caso de renuncia al cuidado o riesgo específico de separación.

2.

Estrategia

» Acceso universal a servicios básicos; estrategias para combatir la pobreza, la estigmatización y la discriminación.
» Servicios de prevención dirigida a diferentes vulnerabilidades (discapacidad, madres adolescentes, víctimas de violencia, poblaciones indígenas, género).

» Sistema de protección social con programas focalizados de asesoramiento individualizado y apoyo.
» Sistema de control de la puerta de entrada en instituciones de protección.

3.

Planes y políticas

» Políticas sociales que promuevan el fortalecimiento familiar y la educación parental.
» Programas de protección social dirigidos a familias en riesgo de separación.
» Programas de prevención en maternidades y centros de salud.
» Servicios de guardería.
» Promoción de instancias informales/tradicionales de organización y apoyo.

» Planes integrales, que consideren diferentes aspectos (salud física y mental, condición de vivienda, económica y de empleo, discapacidad), con la participación activa de la familia.
» Programas de reunificación de niños separados de su familia en el pasado.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Reducir la necesidad del acogimiento alternativo.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Reducir el uso del acogimiento alternativo.

4.

Medidas

- #1. Involucrar la participación activa de los propios cuidadores, compartiendo y analizando los resultados con ellos: consultar al niño, sus padres y su familia, para identificar opciones (sugerencia: comunidad y/o educadores).
- #2. Establecer confianza hacia la capacidad y las fortalezas de los cuidadores principales.

QUIÉNES: EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS, DE SALUD Y SALUD ADOLESCENTE; PROFESIONALES EN CLÍNICAS PRENATALES/ MATERNIDADES.

ELEMENTOS DE EVALUACIÓN por entrevistas, visitas al hogar, sesiones grupales, etc. (involucrando la participación activa de los propios cuidadores, compartiendo y analizando los resultados con ellos):

- » Estado de salud física y mental de la madre.
- » Comunicación entre el cuidador y el niño.
- » Capacidad empática del cuidador para detectar señales del niño.
- » Competencias para el cuidado físico, estimulación y comunicación, en las distintas fases de desarrollo.
- » Capacidad de evolucionar en el desarrollo de la función de cuidado.
- » Necesidad de complementación y colaboración por parte de otros cuidadores.
- » Condiciones psicosociales de la madre (monoparentalidad, edad, nivel educativo, estado de salud y nutricional, violencia, adicciones, discapacidad, etc.).
- » Red familiar y comunitaria.

PROMOVER:

- » Programas de salud sexual reproductiva y planificación familiar.
- » Controles médicos prenatales de la embarazada.
- » Lactancia materna.
- » Capacitación del personal de la salud en la detección de vulnerabilidades.
- » Presencia de un profesional de protección a la infancia en las maternidades, para realizar evaluaciones de casos de riesgo y definir medidas necesarias.
- » Apoyo psicosocial.
- » Consejería.
- » Constitución de grupos de convivencia y apoyo.

QUIÉNES: SERVICIOS SOCIALES INTEGRALES.

- » Asesoría y recursos prácticos (visitas domiciliarias y grupos de discusión).
- » Evaluación comprensiva y desarrollo de planes individuales, abordando diferentes aspectos para asegurar el bienestar social (condiciones de vida, relaciones sociales y de familia, comportamiento, salud física y mental, educación, empleo, discapacidad).
- » Monitoreo de las familias por medio de indicadores que midan factores de protección y de riesgo.
- » Revisión y monitoreo periódico de casos de cuidado alternativo.
- » Procedimientos de investigación para prevenir el ingreso a modalidades alternativas de cuidado.

2. VULNERABILIDADES ESPECIFICAS

Los elementos de prevención detallados arriba se complementan con lo que está especificado en esta sección.

1.

Embarazo adolescente

PROFESIONALES EN CLÍNICAS PRENATALES/MATERNIDADES

Servicios:

- » Acciones integrales preventivas de salud sexual y reproductiva responsable.
- » Asegurar una atención de calidad y no discriminatoria.
- » Estimular vínculo temprano.
- » Apoyo psicosocial.
- » Estimular corresponsabilidad y protagonismo de los padres.
- » Facilitar la detección y la captación temprana de las adolescentes embarazadas.
- » Acompañamiento integral en el proceso posterior al nacimiento.

2.

Depresión posparto

PROFESIONALES EN CLÍNICAS PRENATALES/MATERNIDADES

- » Durante control de embarazo, o en el momento posparto, detectar una sintomatología que pueda desembocar en la depresión.
- » Dimensionar la profundidad o la gravedad de la depresión.

3.

Violencia sexual

PROFESIONALES (MULTIDISCIPLINARIOS) EN CENTROS DE SALUD/MATERNIDAD O SERVICIOS SOCIALES

1. Evaluación:

- » Vínculo con el agresor.
- » Necesidad de protección y seguridad.
- » Nivel de apoyo del entorno familiar y social, y necesidades a nivel legal, médico y psicosocial.
- » Estado integral de salud de la gestante y necesidades a nivel legal, médico y psicosocial.

2. Información y servicios:

- » Apoyo psicosocial.
- » Anticoncepción de emergencia a la mujer que lo solicite (dentro de las primeras 120 horas), en los países donde está legalizado.
- » Aborto (en los países en donde se permite en casos de violencia sexual).

En los casos en que se decida continuar con el embarazo inicialmente no deseado:

- » Apoyo integral continuo.
- » Apoyar el cuidado físico y psíquico de madre e hijo.
- » Asistencia a nivel individual, familiar y comunitaria.
- » Apoyo psicosocial.
- » Nivel de apoyo del entorno familiar.

(Si la gestante decide hacer entrega del bebé para adopción, ver orientaciones para las situaciones de entrega en adopción, en el *Modelo para la Prevención*).

4.

Niños con discapacidad

SERVICIOS SOCIALES

SERVICIOS:

- » Identificación e intervención de apoyos necesarios descentralizados (salud, social, mental, educación, financiero, legal) para desarrollar su potencial.
- » Acompañamiento y capacitación integral, enfocando en los cuidadores.
- » Asegurar una atención de calidad, individualizada, accesible y no discriminatoria.
- » Instancias accesibles ambulatorias y/o domiciliarias de tratamiento especializado, evitando la institucionalización en residencias.
- » Acceso a asistencia médica individualizada, nutrición adecuada, atención y posibilidad de juego y recreación, y asegurar el acceso a la educación inclusiva.
- » Rehabilitación comunitaria y su influencia en la integración social y comunitaria, la escolarización, la formación profesional y las actividades deportivas y socioculturales para niños y niñas con discapacidad.

EVALUACIÓN DE DESARROLLO INTEGRAL (MOTOR, COGNITIVO, EMOCIONAL, LENGUAJE, ETC.):

- » Inclusión participativa de las personas con discapacidad en las políticas y las prácticas, a nivel comunitario y de las agencias involucradas en apoyos a los padres de familia.

ELEMENTOS IMPORTANTES:

- » Fomentar el buen trato por parte de los adultos responsables del cuidado.
- » Apoyar que fortalezcan los vínculos afectivos y sociales (familiares, pares, comunitarios), y promover instancias de juego, junto con su capacidad de autonomía progresiva.
- » Prevenir o abordar situaciones de discriminación o exclusión social.
- » Destinar fondos a programas de prevención del abandono y desinstitucionalización de niños y niñas con discapacidad;
- » Protección y cumplimiento de los derechos de los menores con discapacidad en el contexto de los marcos legales internacionales (CDPD, CDN) y nacionales.
- » Relevar información y estadísticas confiables, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo, de niños, niñas y adolescentes con discapacidad.
- » Identificar los costos adicionales en los que incurren las familias por causa de tener un hijo o hija con discapacidad.

5.

Adultos cuidadores con discapacidad

PROFESIONALES EN CLÍNICAS PRENATALES/MATERNIDADES

- » Información y servicios en formatos accesibles.
- » Frente a embarazos originados en la violación de una mujer con discapacidad, informar oportunamente a la gestante y su familia sobre la posibilidad de interrumpir el embarazo (en aquellos países en que ello se encuentre legislado), acompañando multidisciplinariamente la decisión y el procedimiento.
- » Evaluaciones periódicas y personalizadas, que busquen soluciones individualizadas.

EVALUAR:

- a) Capacidad para la toma de decisiones y el ejercicio de la autonomía, respetando su participación y su opinión respecto del cuidado y la crianza de sus hijos; evitar victimización de la persona con discapacidad.
- b) Brindar todos los apoyos necesarios para desempeñar su función.

Si se observa que los cuidadores principales de un niño que presenta discapacidad no resultan aptos para ejercer ese cuidado, evaluar, en función de la edad, el tipo y el grado de discapacidad, y el nivel de autovalimiento, cuáles son las medidas más adecuadas para proveer cuidados alternativos. En caso de separación, los niños tienen el derecho de mantener contacto con la familia de origen.

6.

Padres en privación de libertad

CUIDADO ALTERNATIVO

- » Evaluaciones periódicas y personalizadas buscando soluciones individualizadas que apoyen el ejercicio y el rol de los cuidadores primarios (padres, familia extensa, figuras alternativas de cuidado).
- » Intervenciones de apoyo con los cuidadores alternativos por el tiempo que dure este acogimiento, de manera de sostener una adecuada interacción entre el cuidador primario y éstos, y contener a los niños durante el tiempo que dure esta medida.
- » Acompañamiento que amortigüe el impacto de la separación entre el cuidador encarcelado y el niño, y que posibilite el sostenimiento de un vínculo protegido, adecuado y satisfactorio entre ellos a través de la realización de visitas u otros tipos de contacto (cartas, e-mails, llamadas telefónicas, etc.).
- » Asegurar el cuidado de grupos de hermanos (cuando se encuentran con el cuidador privado de libertad, o bien con otros cuidadores).

ARRESTO DOMICILIARIO

- » Cuando se evalúa que el niño depende afectiva y materialmente de la persona en privación de libertad, se deberá habilitar la medida de arresto domiciliario, complementada con recursos pertinentes para que los niños circulen en el medio libre, y sus cuidadores puedan desempeñar de la forma más apropiada sus funciones, en interacción con su familia extensa y la red escolar, social y sanitaria. Por ejemplo, se deberá contemplar la gestión de autorizaciones para el cuidador principal que se encuentra cumpliendo su pena en esta modalidad, para acercarse y participar de forma protegida en actividades específicas con sus hijos (situación escolar, acompañamiento en instancias de salud, etc.).

7.

Maltrato

EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS/PROFESIONALES EN CLÍNICAS PRENATALES/MATERNIDADES**CAPACITACIÓN**

- » Formación y acompañamiento integral a los cuidadores, desde los primeros momentos de la vida de los niños.
- » Formación a profesionales en la detección de situaciones de riesgo.

MECANISMOS

- a. Establecer protocolos para la actuación y la atención integral del equipo interdisciplinario.
- b. Procedimientos y estrategias de detección temprana de situaciones de riesgo y factores de vulnerabilidad (embarazos no deseados, prematuridad, discapacidad, maternidad adolescente, etc.), que pueden dar lugar a dificultades, maltrato infantil, cuidado negligente o abandono.
- c. En caso de maltrato:
 - » Otorgarle credibilidad y brindarle protección al niño (por muy pequeño que sea) que ha expresado de alguna forma que padece maltrato.
 - » Evaluar los factores que interactúan y contrarrestan las vulnerabilidades presentes (todos los cuidadores, familias y comunidades deben ser valorados).
 - » Evaluar el riesgo en que se encuentra el niño, de volver a ser víctima.
 - » Estructuras bien desarrolladas, no revictimizantes, de apoyo y tratamiento para los niños y sus familias de origen.
 - » Indicadores que permita definir la magnitud de los efectos del maltrato sufrido.
 - » Evitar, en principio, la separación del niño pequeño de su familia o procurando que sea lo más breve posible.
 - » Si se ha comprobado que los niños están en situación de abandono total o de alto riesgo, se deben considerar alternativas de cuidado en acogimiento familiar o adopción.

8.

Muerte materna

El sistema de salud y los ámbitos hospitalarios deben poseer alertas tempranas eficaces ante las circunstancias de muerte materna, de los progenitores varones, o de quienes ejerzan el cuidado de bebés y niños pequeños:

- » En los casos en que dichas muertes ocurran en circunstancias violentas, como accidentes, suicidios o asesinatos, articular la intervención con los servicios de protección.
- » En los casos que podrían ser calificados como riesgosos para los niños; por ejemplo, muertes de los progenitores a consecuencia de adicciones o infecciones de VIH, o por hechos de violencia.
- » Estos casos requieren también atención al estigma de la enfermedad o de la situación marginal, que puede generar un mayor rechazo del niño y una menor disposición de la familia extensa, u otros miembros de la comunidad, a asumir su cuidado
- » Frente a cualquier circunstancia de muerte materna o paterna, a fin de ofrecer, siempre y en cualquier circunstancia, los apoyos que requiera la familia que se hará cargo de su cuidado y su crianza:
 - a. Para apoyar a sus familias de origen extensas, en el proceso de cuidado y crianza, en el marco de un duelo.
 - b. En el caso de que éstas no puedan asumir el cuidado, para incluir a los niños inmediatamente en un sistema de cuidado alternativo al familiar.

9.

Separación

ASPECTOS CLAVE

- a) Actuar en articulación y con coherencia entre todos los dispositivos (judicial, de salud, social, etc.) en la aplicación de los instrumentos y las intervenciones de profesionales en todo el proceso.
- b) Contar con un instrumento que guíe para las diversas intervenciones que deben hacerse a lo largo de todo el proceso, respetando la función de cada instancia.
- c) Revisar las representaciones sociales y culturales que inciden en las intervenciones de los profesionales, ayudando a reconocer los prejuicios sociales y los estereotipos que llevan a la discriminación.
- d) La pobreza nunca debe ser el motivo principal para la separación.

ENTREGA VOLUNTARIA

- a) Construir un espacio de escucha y diálogo confiable para poder distinguir las verdaderas razones por las que el cuidador primario opta por tomar la decisión y expresar los sentimientos ambivalentes asociados a la decisión tomada.
- b) Tener información y acceso de todas las opciones, para los adultos y los niños involucrados.
- c) Prevenir o disminuir el impacto psíquico que podría generar la separación, tanto en la familia de origen como en el niño, e identificar actores significativos que puedan acompañar a la mujer o a la pareja en el proceso.
- d) Respetar la singularidad de cada caso, evaluando y resolviendo de manera más adecuada lo que cada situación requiera.
- e) Asegurar acompañamiento en todo el proceso, incluyendo un período posterior a la separación.

SEPARACIÓN INVOLUNTARIA DE PADRES/CUIDADORES

- a) Extremar las posibilidades de que los adultos comprendan y colaboren en el cambio de cuidadores que va a afrontar el niño.
- b) Evitar las intervenciones que puedan generar situaciones de agresión y/o violencia para los niños.
- c) Evitar procedimientos por parte de personal uniformado, policial o de otras fuerzas de seguridad. Los niños deben ser resguardados en todo momento por personal especializado.

10.

Acogimiento Familiar (AF)

PREPARACIÓN/CAPACITACIÓN A POSIBLES FAMILIAS ACOGEDORAS DE NIÑOS PEQUEÑOS SOBRE:

- » Duración.
- » Necesidades del niño en esta etapa evolutiva.
- » Posibles medidas a tomar para definir el cuidado más permanente del niño.
- » Desafíos en la vinculación y la desvinculación.
- » Desarrollo de niños pequeños y la comunicación.

PROMOCIÓN DEL BIENESTAR INTEGRAL DEL NIÑO:

- » La familia acogedora debe atender a sus posibles retrasos y/o necesidades en sus diferentes ámbitos de desarrollo, fomentando el mantenimiento de su identidad y su pertenencia familiar y comunitaria.
- » El equipo técnico y los anteriores cuidadores deben transmitir a la familia acogedora información relevante antes de producirse la integración: aspectos significativos de la historia del niño, su estado de salud, necesidades particulares, sus gustos y sus intereses (comidas, juegos o canciones favoritas, la forma en la que se va a dormir, etc.).
- » La familia de origen debe entregar a la acogedora las pertenencias del niño, con el objetivo de promover un sentimiento de continuidad.
- » Asegurar que los encuentros familiares se desarrollen en las condiciones más idóneas, detectando oportunamente cualquier situación que pueda atentar contra los intereses de los niños.
- » Cuando el niño ya ha establecido vínculos afectivos con su familia de origen, deberán ser mantenidos, siempre y cuando respondan a su interés y su bienestar; la intervención deberá lograr el equilibrio entre mantener esos vínculos y proteger al niño.
- » Excepto cuando resulte contraindicado, como criterio general se deberá procurar que los hermanos permanezcan juntos o con el mayor contacto posible.
- » Implementar intervenciones (acordes con su edad) que faciliten la elaboración de las pérdidas asociadas a la desvinculación con la familia de origen y favorezcan el proceso de historización (por ejemplo, la construcción de un libro de vida, conservación de objetos significativos, etc.).
- » Para niños que se encuentran en AF a la espera de ser adoptados, el equipo técnico y la familia de acogimiento deben colaborar con los servicios especializados en adopción, en el proceso de enlace del niño y su integración al nuevo ámbito familiar.

11.

Adopción

CLÍNICAS PRENATALES/MATERNIDADES:

Deben contar con protocolos para conducir el proceso de entrega en los casos en que sus madres hayan tomado esta decisión. Los protocolos contendrán la secuencia de quiénes deben actuar, a quiénes se deben derivar (dentro de la institución y a instituciones de protección y justicia), para tomar las decisiones correctas.

Deberán contener indicadores para el diagnóstico de la situación personal y familiar de la persona que entrega en adopción, considerando lo establecido en las pautas para la separación de este Modelo.

Actuarán con rapidez de manera que el bebé no permanezca por más del tiempo necesario en unidades pediátricas o de neonatología.

SERVICIOS DE PROTECCIÓN Y DE JUSTICIA ENCARGADOS DE LLEVAR ADELANTE LA ADOPCIÓN:

Para determinar la adoptabilidad de un niño, debe realizarse un análisis profundo que quedará plasmado en un informe técnico que contenga los motivos por los cuales se propone la adopción.

Se explicitarán también cuáles han sido los esfuerzos realizados para lograr una revinculación con la familia de origen.

El informe debe contener toda la información sobre el niño, su historia y su situación presente.

La información sobre su estado de salud debe ser exhaustiva, para ayudar a seleccionar una familia que se considere con mejores condiciones para asumir su cuidado, según sus necesidades particulares.

Se deberá explicar al niño que será adoptado, incluso si es muy pequeño, con lenguaje simple y a través de juegos, a fin de prepararlo adecuadamente.

PREPARACIÓN/CAPACITACIÓN A FAMILIAS ADOPTIVAS PARA:

Conocer en profundidad la realidad de la situación adoptiva.

Manejar cuidadosamente la información de la historia de vida del niño, ayudándolo a construir un relato verdadero y, al mismo tiempo, cuidadoso y acorde con su edad, de las circunstancias que motivaron la adopción.

Establecer el enlace entre quienes están cuidando al niño (en el hospital o en la familia de acogida), participando de un proceso de vinculación gradual y cuidadoso, centrado en el niño.

Materiales de RELAF

- » RELAF y UNICEF (2015): *Acogimiento Familiar. Guía de Estándares para sus prácticas.*
- » RELAF y UNICEF (2015): *Sin derechos y olvidados, niñas y niños en 'hogares'. Macroinstituciones de América latina y el Caribe.*
- » RELAF y UNICEF (2015): *Guía de prácticas de referencia para la garantía del derecho a la convivencia familiar y comunitaria en edades tempranas.*
- » RELAF y UNICEF (2015): *Cuidado de niños pequeños. Modelo para la prevención del abandono y la institucionalización.*
- » RELAF, Save the Children y UNICEF (2014): *Manual sobre estándares internacionales de derechos humanos aplicables a los niños, niñas y adolescentes migrantes.*
- » RELAF y UNICEF(2013): *Hacia un diagnóstico de la situación de los niños de 0 a 3 años internados en instituciones de cuidado residencial en América Latina y el Caribe.*
- » RELAF, Subsecretaría de Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia de la Provincia de Santa Fe y Unicef (2013): *Estudio sobre el sistema local de protección de la infancia: caso Rosario, provincia de Santa fe, Argentina. Documento de Trabajo.*
- » RELAF y UNICEF(2013): *Planificando la desinstitutionalización de niñas y niños menores de 3 años. Guía de aportes para la experiencia de las instituciones de cuidado residencial.*
- » RELAF y UNICEF(2013): *Las voces de las niñas y niños.*
- » RELAF y UNICEF(2013): *Discriminación en las instituciones de cuidado de niñas, niños y adolescentes. Institucionalización y prácticas discriminatorias en Latinoamérica y el Caribe.*
- » RELAF (2011): *Documento Octubre de 2011. Niñez y adolescencia migrante: situación y marco para el cumplimiento de sus derechos humanos. Serie: Publicaciones sobre niñez sin cuidados parentales en América Latina: Contextos, causas y respuestas.*
- » RELAF (2011): *Documento Agosto de 2011. Niñez y adolescencia institucionalizada: visibilización de graves violaciones de DDHH. Serie: Publicaciones sobre niñez sin cuidados parentales en América Latina: Contextos, causas y respuestas.*
- » RELAF (2011): *La situación del Acogimiento Familiar en Argentina. Informe Preliminar.*
- » RELAF y UNICEF (2011): *Guía de estándares para el personal de las entidades públicas y privadas que se ocupan de la protección de derechos de niñas, niños y adolescentes. Aplicación de las Directrices de las Naciones Unidas sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños.*
- » RELAF y UNICEF (2011): *Orientaciones para la capacitación. Guía de estándares para el personal de las entidades públicas y privadas que se ocupan de la protección de derechos de niñas, niños y adolescentes. Aplicación de las Directrices de las Naciones Unidas sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños.*
- » RELAF y UNICEF (2011): *Aplicación de las Directrices de las Naciones Unidas sobre las modalidades alternativas de cuidado de niños. Tu derecho a vivir en familia, y a ser cuidado en todas las situaciones que te tocan vivir.*
- » RELAF y UNICEF (2011): *Orientaciones para la capacitación. Aplicación de las Directrices de las Naciones Unidas sobre las modalidades alternativas de cuidado de niños. Tu derecho a vivir en familia y a ser cuidado en todas las situaciones que te tocan vivir.*
- » RELAF (2010): *Documento de divulgación latinoamericano. Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en América latina. Contextos, causas y consecuencias de la privación del derecho a la convivencia familiar y comunitaria.*
- » RELAF (2010): *Informe Latinoamericano. Situación de la niñez sin cuidado parental o en riesgo de perderlo en América Latina. Contextos, causas y respuestas.*

fortalecimiento

profesionales

inclusión

familia

atención oportuna

prevención

comunidad

género

políticas públicas

interculturalidad

servicios

operadores



RELAF
Red Latinoamericana de
Acogimiento Familiar

unicef