

Niños, niñas y jóvenes en situación de calle: desafíos para la intervención desde la perspectiva de las fuerzas¹

Street Children: Challenges from the strength perspective

LILIANA GUERRA

Asistente Social y magíster en Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctora © en Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Chile. Actualmente es profesora de la Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Su dirección postal es Vicuña Mackenna 4860 Macul, correo electrónico: ldguerra@uc.cl

Coinvestigadoras: Paula Bedregal es médico pediatra y PhD en Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, profesora de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Paula Margotta es abogada, actualmente se desempeña en el Centro de Políticas Públicas UC al igual que la socióloga Emilia Valenzuela.

Resumen

Ésta es una propuesta de política pública en el ámbito de niños, niñas y adolescentes en situación de calle (en adelante NSC), que se focaliza en la evaluación diagnóstica del proceso de intervención. El objetivo general del proyecto fue proponer lineamientos para la generación de un modelo de intervención integral en el fenómeno de los NSC, que considere las diferencias y las fortalezas que ellos poseen. Para ello se utilizó el Modelo de Estrés Modificado propuesto por la OMS y se adaptó para la etapa de evaluación diagnóstica. Como resultado se obtuvo una ficha de evaluación diagnóstica que permite definir la situación de los NSC y levantar las primeras líneas de acción en el proceso de intervención.

Palabras clave. Niños, niñas y adolescentes en situación de calle; intervención; Modelo de Estrés Modificado; ficha de evaluación diagnóstica.

Abstract

This public policy proposal was formulated in the field of children and adolescents living on the streets (hereafter NSC), focuses on the assessment for intervention. The overall objective of the project was to propose guidelines in order to facilitate the development of a comprehensive intervention model with street children phenomenon, considering the differences and strengths they present. We used the Modified Stress Model proposed by WHO and adapted for the stage of diagnostic evaluation. As a result we obtained a diagnostic assessment form that defines the status of NSC and design the front lines of action in the intervention process.

Key words. Children and adolescents living on the streets; intervention; Modified Stress Model, diagnostic evaluation form.

Introducción

El fenómeno de los niños, niñas y jóvenes en situación de calle (en adelante NSC) reviste gran complejidad dada la dificultad para determinar sus características y la heterogeneidad que ellos poseen, lo que redundaría en la dificultad de las intervenciones a realizar. De allí el interés por profundizar en el proceso de intervención que se efectúa con los NSC, siendo el punto de partida la etapa de diagnóstico,

considerada como la base sobre la cual se elabora e implementa el plan de acción y el aspecto que se profundiza en esta propuesta.

La complejidad del fenómeno, así como las particularidades de cada niño, no permiten hablar de un solo perfil y, por ende, de una intervención única. Al contrario, es necesario identificar y considerar a la hora de trabajar con ellos tanto sus carencias

¹ Este estudio fue financiado por el Centro de Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile a través de su Concurso de Políticas Públicas del año 2011. Este artículo es una síntesis de la propuesta de política diseñada por las autoras y publicada en el Libro Propuestas para Chile 2011.

como recursos, de modo de reconocer distintos niveles de vulnerabilidad.

Para ello, se propone una ficha de evaluación diagnóstica inicial, estableciendo ciertos mínimos, a modo de establecer metas específicas que sustenten el plan de acción. La utilización del modelo de intervención denominado Modelo de Estrés Modificado –propuesto por la Organización Mundial de la Salud y utilizado por más de 10 años y en más de 20 países, donde han sido evaluados con éxito sus resultados (W.H.O., 2000)– permitiría entregar información concreta y completa sobre la situación de los NSC. En relación a lo anterior, considera variables mínimas que están orientadas tanto a problemas y carencias de este grupo de la población –deserción escolar, consumo de drogas y alcohol, conductas delictuales, desvinculación familiar, etc. – como también a factores protectores o fortalezas, que si bien muchas veces se desconocen, los niños evidentemente también presentan. Cabe señalar que esta propuesta fue considerada en el año 2012 como una de las tres bases que sustentan el “Programa Piloto de Apoyo a Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle” del programa Chile Solidario un año después de que fuera presentado en 2011

El estudio busca avanzar hacia una intervención que permita contar con una línea base respecto de la situación en que se encuentran los niños, y que facilite la planificación, seguimiento y evaluación del trabajo que con ellos se realiza. Contar con un diagnóstico pertinente es un primer y necesario paso, que debe ser complementado con el desafío de dar respuesta intersectorial desde la política pública. En esta tarea deben coordinarse las acciones de los distintos actores, tanto a nivel de ministerios y servicios (Salud, Educación, Desarrollo Social, e Infancia, entre otros), como a nivel territorial y comunitario, donde todos puedan contribuir a poner término a la situación de vulneración de derechos que hoy se encuentra este grupo de niños.

Antecedentes

Las personas en situación de calle conforman un grupo social que, en términos generales, ha estado ausente de la política social chilena. Es en julio de 2005 que se realiza el Primer Catastro de Personas en Situación de Calle, donde se encuestó a 7.254 personas en 80 comunas de Chile. Desde esa fecha no se tenían nuevos datos, razón por la que en

agosto de 2011 se llevó a cabo el proceso de encuesta para realizar el Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle en 220 comunas del país. Su objetivo fue “levantar y sistematizar información en ámbitos relevantes sobre Personas en Situación de Calle a nivel nacional, que sirva a Mideplan y a la sociedad en su conjunto como insumo referente, válido y confiable para el diseño de una Política Nacional a favor de dicho grupo objetivo” (MIDEPLAN, 2011). Para el caso específico de NSC, es el Servicio Nacional de Menores (SENAME) quien ha sido el encargado de generar políticas sociales en este sentido. En la actualidad existen en el país cinco proyectos ambulatorios y dos residenciales a cargo de tres instituciones colaboradoras de SENAME², los cuales se encuentran ubicados en la Región Metropolitana³.

De acuerdo a la UNICEF, en el año 2006 había 40 millones de NSC en América Latina (UNICEF, 2006). Por su parte, el SENAME (2004) estimó que existían 1.039 NSC en el 2003, los que se concentraban mayoritariamente en las regiones Metropolitana, del Biobío y de Valparaíso, en orden decreciente. Asimismo, el Observatorio Metropolitano de Niños, Niñas y Jóvenes que Habitan en Calle (con información de Fundación Don Bosco, Hogar de Cristo, SERPAJ y ACHNU), desde el año 2007 a julio de 2011, acumula información de 332 NSC registrados en la Región Metropolitana, de los cuales 234 se encuentran atendidos por programas especializados. Lo anterior muestra la necesidad de contar con información a nivel nacional actualizada respecto de esta situación, donde el Catastro 2011 es un insumo relevante.

Si comparamos las cifras antes señaladas con aquellas de otros países latinoamericanos (Ansa Latina, 2007), se observa una incidencia menor en nuestro país. Sin embargo, la magnitud del problema no reduce su complejidad, ya que este es uno de los fenómenos más difíciles de abordar, tanto por sus múltiples dimensiones, como por el alto costo y duración de las intervenciones. De ahí que atender este problema en la actualidad es oportuno, fundamentalmente por dos razones: lo abordable de su magnitud y la necesidad de detener su aumento (Méndez, 2008).

La situación de calle en los niños compromete varias dimensiones, por lo que cualquier identificación común de TODOS los NSC sería fuente de

2 Las instituciones que tienen a su cargo los cinco proyectos colaboradores de SENAME son: Corporación Asociación Chilena pro Naciones Unidas (ACHNU), Servicio Paz y Justicia (SERPAJ) y Fundación Don Bosco.

3 Cabe señalar que Hogar de Cristo también cuenta con un Programa para NSC, pero que no es un programa colaborador del SENAME.

confusión y de prácticas tendientes a su homogeneización, cuando lo que se ha encontrado en los estudios realizados es que los NSC no son una categoría social claramente delimitada ni una unidad psicológica perfectamente homogénea (Lucchini, 1996). Las caracterizaciones de esta población establecen que se trata de personas con una definición de sí mismas deteriorada, baja autoestima, y poca confianza en sí mismas, impulsivas y desconfiadas (Méndez, 2009). Sin embargo, a pesar de estas dificultades, también se trata de niños que logran una apresurada -aunque no consolidada- madurez, que les permite desarrollar habilidades para sobrevivir en la calle (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2007, en Méndez, 2009) y que a pesar de las carencias que presentan en su salud física y psicológica, también cuentan con una elevada capacidad para reponerse de sus problemas (Erikson, 1968; Sandrock, 2004; en Méndez, 2009). Al mismo tiempo, si bien muchos han abandonado y/o sido expulsados del sistema escolar, poseen fortalezas, cuestión que les permite sobrevivir en contextos vulnerables, destacando las habilidades relacionales y matemáticas, el predominio de lo físico y visual, así como el interés por resolver problemas concretos y cotidianos (Observatorio Metropolitano de Niños, Niñas y Jóvenes que Habitan en Calle, 2010; Albano, 2011).

Por otra parte, cabe recordar que nuestro país ratificó en 1990 la Convención de los Derechos del Niño (CDI), asumiendo con ello el compromiso de asegurar los derechos y principios que ahí se señalan para todos los niños, niñas y adolescentes (NNA) que habitan en Chile. Ello implicó un cambio de paradigma hacia la consideración de los NNA como sujetos de derechos -a ser garantizados sin distinción-, con la debida consideración de principios tales como el interés superior del niño, y la igualdad de derechos y oportunidades, todos los cuales se encuentran a la base de esta propuesta. La especial situación de vulnerabilidad en que se encuentran quienes hoy viven en situación de calle representa un desafío pendiente para Chile. Así lo ha planteado el Comité de los Derechos del Niño⁴, señalando su preocupación respecto de la cantidad de niños de nuestro país que aún viven en esta situación, a la falta de servicios sociales y de medidas de reinserción disponibles para ellos y la estigmatización que sufren. Los NSC son sujetos de derechos que requieren de una acción específica y adicional a

las prestaciones universales que -considerando sus necesidades particulares-, les garantice el ejercicio pleno de sus derechos. De esta forma, es pertinente y necesario avanzar hacia una intervención que contribuya a la protección de los derechos de los niños, considerando en este caso específico la complejidad de este fenómeno.

Metodología

El objetivo de la investigación fue proponer lineamientos para la generación de un modelo de intervención integral en el fenómeno de los NSC, que considere las diferencias y las fortalezas que ellos poseen, para lo cual se establecieron los siguientes objetivos específicos:

- Identificar principios y componentes básicos de un modelo que permita intervenir con NSC.
- Identificar las estrategias y programas de evaluación diagnóstica que realizan las instituciones a cargo de NSC en Chile.
- Identificar las estrategias y programas de evaluación diagnóstica que realizan instituciones fuera de Chile.
- Establecer los lineamientos que permitan realizar diagnósticos integrales y diferenciados de los NSC.
- Releva las fortalezas de los NSC, con el fin de potenciar las intervenciones.
- Realizar el costeo del plan de evaluación diagnóstica y compararlo con la subvención disponible.
- Establecer lineamientos a considerar en un modelo de capacitación para los profesionales y técnicos que intervienen con el fenómeno de los NSC.

La metodología utilizada consistió en realizar una revisión bibliográfica nacional e internacional, revisar las bases jurídicas y técnicas de los Programas Especializados, analizar los instrumentos de diagnóstico que utilizan los programas, realizar entrevistas semiestructuradas a directores de proyectos y ejecutores (psicólogos y trabajadores sociales), de manera de poder indagar más profundamente en la percepción sobre el diagnóstico y los instrumentos utilizados.

Se dispuso de instrumentos de cinco proyectos especializados en calle: Hogar de Cristo, ACHNU-

⁴ Ver Comité de los Derechos del Niño (2007), *Observaciones finales a Chile según examen de los informes presentados por los Estados Partes, con arreglo al artículo 44 de la Convención.*

Renca, ACHNU-Recoleta, ACHNU Peñalolén y SERPAJ. La información disponible se vació en una matriz, identificando el ámbito de la información: general, desde el niño, de la familia o adulto significativo, del profesor y resumen diagnóstico. Una vez identificado en cada instrumento el ámbito de información, esta se analizó en una matriz de datos a través de análisis de contenido, lo que permitió obtener los resultados que a continuación se presentan.

Hallazgos

Sobre los instrumentos de diagnóstico analizados se encontró que ninguno de estos cuenta con un manual de aplicación y, por lo tanto, con la definición de las variables que se indagan. Los ítems que se registran son aspectos generales y específicos de la situación del niño/a o adolescente, provistos por el propio niño, su familia y profesor.

En cuanto a los antecedentes generales: todos los instrumentos solicitan la identificación del entrevistador (nombre y fecha), sin embargo, no suele incluirse la profesión de quien realiza la entrevista. En la mayoría de los instrumentos tampoco se registra el sexo del niño/a o adolescente, ni de los miembros del hogar. Asimismo, no se identifica en todos los instrumentos quién es el adulto protector del niño/a o adolescente.

En cuanto a la situación del niño/a o adolescente (reporte del niño/a), el análisis arrojó que este es el aspecto en que se persigue contar con mayor información, la que se puede agrupar en áreas de indagación sobre la situación del niño/a en la calle, acceso a redes, tuición, escuela y salud.

Adicionalmente se identificaron, en uno de los instrumentos de diagnóstico, preguntas que son factibles de responder con un mayor conocimiento del niño/a o adolescente y, por tanto, pareciera ser parte del seguimiento más que del diagnóstico.

En relación a los antecedentes provistos desde la familia, se observa que durante el proceso de diagnóstico se registra la misma información desde la familia o el adulto significativo del niño/a o adolescente. Llama la atención la gran cantidad de información que se solicita sobre la salud de los niños/as, cuyo objetivo no queda claro.

En el acápite que indaga en torno a la situación del niño/a o adolescente desde el profesor, se observa que se solicita información sobre los problemas del niño/a o adolescente en su entorno escolar, lo que pareciera ser parte del seguimiento.

Finalmente, la mayor parte de los instrumentos re-

visados no considera un resumen de la evaluación diagnóstica como tampoco lineamientos de intervención.

Por otra parte, la información obtenida en las entrevistas da cuenta de que el diagnóstico se entiende como un proceso. Este comienza desde el primer contacto con el niño e incluye todo el período de vinculación con él, la definición de su perfil, la recopilación de datos, etc. Es una primera etapa que intenta conocer el nivel de vulneración del niño/a (gravedad). La información es obtenida principalmente del relato de los niños/as, así como también de sus familias y de personas vinculadas a él. Asimismo, las fichas se utilizan a modo de pauta y su llenado se hace de manera separada a la entrevista, recurriendo principalmente a la memoria. Se reconoce la dificultad de acceder a la información real, dada la desconfianza de los niños/as.

Además, se reconoce que no existe un tiempo establecido para la realización del diagnóstico, ya que este depende de la experiencia de cada niño/a y de la complejidad de su caso. En algunos proyectos se estima que en promedio dura tres meses y en otros se extiende a seis.

El tema de las fortalezas aparece poco definido y la capacitación de los equipos no aparece formalizada. En muchos casos se realiza más bien por modelamiento. Se observa una dificultad para establecer el costo del diagnóstico.

En cuanto a la ley y las bases técnicas, podemos señalar lo siguiente: la ley 20.032 establece el sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores del SENAME y su régimen de subvención. Su objeto es establecer la forma y condiciones en que este subvencionará a sus colaboradores acreditados, así como la forma en que este velará para que las acciones que ellos realicen se hagan bajo los principios de: a) respeto y promoción de los derechos humanos de las personas menores de 18 años, según la legislación vigente; b) promoción de la integración familiar, escolar y comunitaria del niño/a o adolescente y su participación social; y c) profundización de la alianza entre las organizaciones de la sociedad civil, gubernamentales, regionales y municipales, en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la infancia y la adolescencia. La ley se refiere a los mecanismos de financiamiento (concurso por proyectos de 3 a 5 años para cada línea de acción), y a la forma de cálculo de la subvención. En este sentido, cabe señalar que no existe una referencia explícita al proceso de diagnóstico. Sin embargo, en las bases técnicas de los Programas Especiali-

zados (PEC) con NSC, se establecen los principios que sustentan la normativa, y se explicita como un proceso clave al diagnóstico, cuyos objetivos están definidos como:

- Indagar la situación de calle del niño/a o adolescente.
- Indagar sobre la situación familiar.
- Evaluar su daño.
- Evaluar sus recursos.
- Identificar sus redes de apoyo, en particular la presencia o no de figuras protectoras⁵.

Las bases técnicas establecen ciertas orientaciones generales sobre las fases a considerar en la intervención, donde debe adoptarse una "estrategia de etapas sucesivas y dúctiles, cada una de ellas con sus respectivas actividades, definición de indicadores y desarrollo de metodologías innovadoras". Se estima un período de intervención global de 24 meses como máximo. Es importante considerar que las bases del programa contemplan dos fases relacionadas directamente con el proceso de diagnóstico: Acercamiento y vinculación con la calle, y Fase de evaluación (profundización diagnóstica).

De esta forma, una vez analizada la información recogida a través de los instrumentos de diagnóstico utilizados, las entrevistas realizadas y la revisión de la ley y de las bases técnicas, podemos decir que:

- Se observa un gran cúmulo de información que se levanta en los instrumentos, dentro de la cual una importante cantidad correspondería más bien a una profundización del diagnóstico e incluso a un proceso de seguimiento.
- Pese a la gran cantidad de tiempo dedicado al levantamiento de información (6 meses), no se observa una conclusión a modo de evaluación diagnóstica.
- Existen ciertas restricciones legales que afectan la intervención y llevan a una subestimación del proceso de diagnóstico en términos de costos (requisito de 100% de cobertura).
- Al no contar con una evaluación diagnóstica inicial, es difícil para las instituciones realizar una evaluación de los resultados de la intervención, lo que evidentemente podría no mostrar una parte importante del trabajo que ellas realizan.

Dado lo anterior es que proponemos relevar el diagnóstico, entendiendo que este es la primera etapa del proceso de intervención, donde se obtiene conocimiento acerca de los problemas que se pretende solucionar o aliviar con la ejecución de los programas o proyectos sociales, dando información confiable sobre la magnitud y características, así como sobre los factores que influyen en tales problemas en los contextos concretos. Su importancia radica entonces en que permite justificar y fundamentar las acciones programadas, así como también focalizarlas y dimensionarlas mejor (Nirenberg et al, 2010).

En este caso, proponemos la elaboración de un diagnóstico —en un tiempo acotado— que permita, por una parte, obtener la información más relevante al principio del proceso de intervención y, por otra, concluir en torno a la situación en cada caso. Así, se podrá realizar un "cierre" luego de la aplicación del instrumento diagnóstico, que muestre con claridad la evaluación diagnóstica inicial de cada niño, con el fin de conocer la particularidad de cada uno y así poder evaluar tanto en el proceso como al final y en el punto de partida de la intervención. Esta entregará la información para delinear los pasos a seguir en el proceso de intervención y permitirá comenzar a desplegar acciones tempranamente.

Propuesta

Esta propuesta se centra en el diagnóstico que se realiza como primera etapa del proceso de intervención con NSC. Tres aspectos son los que se consideran centrales para concretarla:

- El establecimiento y definición de ciertos mínimos respecto del diagnóstico, para lo cual se propone una ficha de diagnóstico inicial (Ver anexo N°1). Esta ficha pretende ser un aporte al trabajo que realizan las instituciones involucradas en las intervenciones con NSC, en la medida que facilite la conclusión diagnóstica del trabajo que realizan. Como es una ficha que se plantea en base a ciertos mínimos, permite dejar libertad a cada una de las instituciones para que continúen imprimiendo su sello y realizando las innovaciones que hasta la fecha han llevado a cabo en cada uno de sus proyectos.
- Una capacitación a los equipos profesionales en relación al diagnóstico, al modelo de intervención, a las habilidades para la implementación

⁵ Para los puntos "evaluar su daño" y "evaluar sus recursos", se hace referencia al potencial uso de instrumentos psicométricos de apoyo y evaluación psiquiátrica, si corresponde.

del modelo y a la aplicación de la ficha de evaluación diagnóstica.

- Mayor claridad en las bases técnicas en torno a los mínimos que debiera contener el diagnóstico, de modo de requerir un producto específico, pero que a la vez no coarte la libertad de innovación de los programas.

Principios orientadores

A continuación se presentan los principios que sustentan esta propuesta, los cuales debieran estar a la base no solo de la etapa diagnóstico que aquí se releva, sino de todo el proceso de intervención que realizan las instituciones colaboradoras.

- **La perspectiva del poder y de las fuerzas.** Propone que las fuerzas y recursos de las personas y sus medios ambientes, más que sus patologías y problemas, deberían ser el foco central del proceso de ayuda en las intervenciones sociales (Weick y Saleeby, 1995). A diferencia de otros modelos que se focalizan en la identificación y erradicación de déficit y problemas, la perspectiva de las fuerzas releva la identificación, uso y aumento de las fuerzas y recursos en la persona y su medio ambiente (Sullivan, 1992).
- **Enfoque de género.** Este sostiene que la existencia de un sistema sexo-género es un conjunto de normas, valores y representaciones que una sociedad construye a partir de la diferencia sexual, anatómica y fisiológica. Organiza las diferencias sexuales, las que –a su vez– moldean las relaciones sociales, laborales, eróticas y afectivas de modo profundo. (Oyarzún, 2006). Este enfoque nos permite observar e intervenir en el fenómeno de los NSC, considerando las diferencias sexuales que allí existen y, por lo tanto, tomando en cuenta una variable que hasta el momento ha sido escasamente relevada, ya que, sin duda, existen diferencias en “los” niños y en “las” niñas de la calle.
- **Enfoque de derecho.** Considera que el primer paso para otorgar poder a los sectores excluidos es reconocer que ellos son titulares de derechos que obligan al Estado. Al introducir este concepto se procura cambiar la lógica de los procesos de elaboración de políticas, para que el punto de partida no sea la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas. Las acciones que se emprendan en este campo no son consideradas solo como el

cumplimiento de mandatos morales o políticos, sino como la vía escogida para hacer efectivas las obligaciones jurídicas, imperativas y exigibles, impuestas por los tratados de derechos humanos (Abramovich, 2006).

- **Enfoque ecológico** (Aylwin, A., Solar, M. 2002; Elkaim, M. et. al., 1989; Hartman, A. y Laird, J. 1983). Este enfoque nos permite analizar la situación de los NSC y los dominios de su entorno (familia, adultos significativos, programa social, escuela, otros), desde la pregunta por la naturaleza de los límites que estos sistemas establecen con el medio. De este modo, se hace cargo tanto de las relaciones de los niños como de las dinámicas internas del sistema familiar en el que están inmersos. Desde esta mirada importa conocer los vínculos que los niños establecen con el contexto, con su familia, así como los aspectos que afectan la decisión de la salida a la calle de algunos de los miembros del sistema familiar.

Modelo de intervención

La propuesta de este modelo de intervención se presenta como una posibilidad más, sin la pretensión de que se transforme en un modelo único, sino más bien que se posicione como una alternativa que permita potenciar las intervenciones que realizan las instituciones y dentro de ello, facilitar la conclusión diagnóstica como primer paso de dicho proceso. Para las intervenciones que se realizan con NSC, se propone la utilización del Modelo de Estrés Modificado, que es un modelo de riesgo que hace hincapié en las aptitudes y en la capacidad de adaptación psicológica.

Se ha optado por este modelo porque no solo considera los aspectos relativos a las carencias y dificultades que poseen los NSC (factores de riesgo), sino también reconoce las fortalezas existentes en ellos, las cuales son señaladas como factores protectores. Así, la consideración de ambos tipos de factores arroja el grado de vulnerabilidad en que se encuentran los niños, lo que permite generar líneas de acción diversas. El modelo también considera el uso de drogas como un aspecto central en la situación de los NSC y que, por lo tanto, debe ser tomado en cuenta en las intervenciones que se realizan, ya que si no se aborda, difícilmente los niños pueden terminar con esta situación. Finalmente, si bien es un modelo que puede ser utilizado en diversas temáticas, en el caso de los NSC ha sido desarrollado largamente en un proyecto llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por más

de 10 años y en más de 20 países, donde han sido evaluados con éxito sus resultados (W.H.O., 2000). El modelo se presenta en la siguiente ecuación:

$\text{Nivel de vulnerabilidad del NSC} = \frac{\text{FACTORES DE RIESGO}}{\text{FACTORES DE PROTECCIÓN}}$
Estrés + Normalización + Experiencias Vínculos + Competencias + Recursos

Fuente: Adaptación propia del modelo de la OMS, 2007.

Tal como podemos observar en la ecuación, el modelo tiene 6 componentes: a) Estrés, b) Normalización (del comportamiento y de las experiencias), c) Efectos del comportamiento y experiencias, d) Vínculos, e) Competencias, y f) Recursos.

El estrés, la normalización del comportamiento y de experiencias (del uso de sustancias), son vistos como factores que pueden incrementar la vulnerabilidad. Por otra parte, las competencias, los recursos y vínculos son vistos como factores que pueden reducir la vulnerabilidad y el riesgo de comportamientos y experiencias. Sin embargo, cada uno de estos factores tiene aspectos que pueden incrementar la vulnerabilidad (factores de riesgo) o disminuirlos (factores protectores).

El modelo sirve como una guía de factores que pueden contribuir a atraer a diversos comportamientos de riesgo. Básicamente el modelo plantea que si hay muchos factores de riesgo presentes en la vida de una persona, ella estará más dispuesta a empezar, a intensificar y continuar el uso de sustancias, y a experimentar problemas anexos. Por el contrario, en la medida en que más factores protectores estén presentes, menores posibilidades hay de que la persona llegue a estar involucrada con drogas, y en el caso de que ya esté usándolas, es probable que aumente la posibilidad de abandonar su uso (Forselledo, 2001).

La vulnerabilidad puede ser entendida más claramente si tanto los riesgos como los factores protectores son considerados al mismo tiempo. Además de proveer una comprensión conceptual, el modelo es útil para planificar intervenciones para prevenir o tratar problemas como los relativos al uso de sustancias, salud sexual y reproductiva, incluyendo SIDA, VIH y enfermedades de transmisión sexual, tanto a nivel individual (de los niños de la calle) como comunitario.

El diagnóstico

El modelo planteado es útil en todo el proceso de intervención, sin embargo, tal como lo hemos se-

ñalado, esta propuesta se focaliza específicamente en la etapa del diagnóstico, la que es fundamental en el proceso de intervención, ya que constituye la base sobre la cual se elabora el plan de acción. A través de ella se definen los principales problemas, causas, efectos, posibles áreas o focos de intervención y también las eventuales soluciones a dichos problemas (Román, 2010).

El diagnóstico debe contener: 1) un componente descriptivo: cómo son y/o suceden las cosas en un determinado contexto, 2) un componente explicativo: cuáles son las causas o factores condicionantes para que en esa situación y particular contexto, las cosas sean y/o sucedan de esa forma; 3) un componente predictivo: cuáles serían las consecuencias, qué sucedería si no se interviene y se deja que las cosas sigan su curso "espontáneo" (Nirenberg et al., 2010).

Considerando lo anterior, se identifican cuatro objetivos de la etapa de diagnóstico:

- **Insumar el plan de intervención:** la recolección de información es la base para elaborar el plan de acción, de manera que el diagnóstico debe ser capaz de responder a una serie de indicadores que buscan describir la situación de los NSC. Entre estos indicadores se encuentran tanto problemas como fortalezas.
- **Establecer niveles de complejidad:** un buen diagnóstico no solo debe describir los problemas, sino también explicar las prioridades o urgencias que estos adquieren, de manera de fundamentar y justificar la necesidad de invertir recursos para su solución (Román, 2010). La multiplicidad de problemas que presentan los NSC hace necesario organizar la información recogida de modo de establecer ciertos niveles de complejidad.
- **Identificar los requerimientos de coordinación y articulación intersectorial:** el diagnóstico no solo busca recoger información de los NSC y sus respectivas familias, sino también determinar qué redes sociales existen, y de qué manera podrían coordinarse y articularse. En este sentido, la identificación de factores medioambientales corresponde a un objetivo central de esta etapa.
- **Permitir el seguimiento:** por último, el diagnóstico contempla la generación de lineamientos de intervención con metas determinadas, que pueden ser monitoreadas a lo largo del proceso y evaluadas al finalizar este por cada uno de los programas, pero además de esto, la presente propuesta considera que la etapa de diagnóstico es esencial en términos de política pública, dada la

existencia por parte del Estado de una subvención a la labor que las instituciones colaboradoras realizan en relación a la protección y reparación de los derechos de los NSC. Dicha subvención es evaluada de acuerdo a aspectos cuyo avance es difícil de verificar de no mediar un diagnóstico adecuado. La evaluación respecto de si el convenio ha sido o no "exitoso", es que resulta relevante el diagnóstico de la situación del niño que se realiza al inicio de la intervención. Si este no es adecuado, difícilmente se puede conocer si los objetivos logrados son los que corresponden a las necesidades de los NSC. Lo mismo sucedería respecto de los criterios de ingreso y egreso, ya que la ausencia de un diagnóstico impedirá evaluar estos aspectos.

El instrumento propuesto

Con el fin de realizar un diagnóstico que cumpla con los objetivos antes planteados, se ha elaborado una ficha de evaluación diagnóstica inicial (ver Anexo N°1), que se propone como resultado del trabajo realizado en la elaboración de esta propuesta.

Para la realización de esta ficha, se utilizó la ecuación del modelo planteada antes. Así, las dos dimensiones sobre las que se trabajó fueron los factores de riesgo y los factores protectores. Para ambos factores se establecieron variables y cada una de estas arrojó indicadores, los que se transformaron finalmente en la ficha propiamente tal.

Con la ficha planteada se espera realizar una evaluación diagnóstica inicial, la que permitirá entrar a una segunda etapa diagnóstica de mayor profundización, cuyo objetivo es conocer de manera más exhaustiva la situación de cada NSC. Asimismo, esta segunda etapa diagnóstica permite que se realicen acciones tendientes a modificar la situación de los NSC, puesto que la ficha aplicada arrojará la posibilidad de abrir líneas de intervención en un tiempo acotado.

La capacitación de los equipos

Además de la elaboración de un diagnóstico que permita establecer las líneas de acción dentro del proceso de intervención con los NSC, se propone una capacitación para los equipos profesionales que trabajan en los cinco programas existentes de la Región Metropolitana, en relación al diagnóstico, al modelo de intervención, a las habilidades para la implementación del modelo y a la aplicación de la ficha de evaluación diagnóstica.

El diagnóstico: un aspecto a relevar en las bases técnicas

Si bien se privilegia la flexibilidad e innovación en la atención de los niños, dada la complejidad del fenómeno específico de los NSC, esta propuesta considera que existen ciertos mínimos que debieran explicitarse como parte del diagnóstico. Sin ellos, parece difícil evaluar posteriormente si los objetivos señalados podrían entenderse cumplidos respecto de cada uno de los NSC atendidos (y, por ende, de la evaluación de continuidad del proyecto).

Si bien las bases técnicas entregan una gran cantidad de información y de lineamientos que hacen que muchas veces estos se diluyan, consideramos que, en términos generales, son una buena guía para el trabajo que desarrollan los proyectos.

Respecto de los objetivos y sus resultados esperados, cabe preguntarse en relación a los aspectos que permitirían asegurar el logro de estos y el rol que juega el diagnóstico como guía de intervención en función de ellos. Esta propuesta plantea al diagnóstico como un aspecto central en este sentido. De allí que propone una ficha diagnóstica de sencilla utilización, que cuenta con ciertos mínimos necesarios para establecer el diagnóstico inicial, el cual ilumina acerca de las líneas del plan de acción. Más que modificaciones, se propone una clara explicitación de la etapa de diagnóstico en las bases técnicas.

Impacto

Se espera que la implementación de esta propuesta contribuya en la realización de intervenciones más efectivas, dado que elaborar un diagnóstico inicial en un corto período de tiempo implicaría dar curso a un plan de acción evaluable, tanto en el desarrollo de este como una vez finalizada la intervención, lo que además permitiría realizar las modificaciones necesarias en la medida en que se enriquezca el diagnóstico en la segunda etapa de este. Asimismo, el realizar un diagnóstico como el que aquí se propone, contribuye a distinguir niveles de vulnerabilidad, haciendo visible las diversas características que poseen y de este modo, realizar intervenciones adecuadas a cada niño. En cierto modo, el impacto estaría dado porque a la base del diagnóstico y en el afán de establecer distintos niveles de vulnerabilidad, se plantea una lógica que ha estado ausente en las intervenciones sociales, cual es reconocer que todas las personas contamos con fortalezas de diverso tipo y que, al considerarlas, se rescata una fuente importante de recursos que a la hora de intervenir pueden hacer diferencias en el éxito de estas.

Por otra parte y a más largo plazo, la realización de intervenciones exitosas redundaría en reducir la cantidad de NSC lo que sin duda es un impacto no solo en la vida de cada uno de ellos, sino también en su entorno más cercano (familia, amigos, barrio, etc.), y por lo tanto, en toda la sociedad. Lo anterior, considerando que la intervención tiene como uno de sus principios el enfoque ecológico, que postula que lo que sucede en uno de los sistemas sociales, influye en el resto de ellos y, por lo tanto, en la sociedad en general.

Factibilidad legal

Como hemos descrito, esta propuesta no requiere de modificaciones legales para su consecución, sino más bien responde a la idea plasmada en la ley, cuando señala que los procesos de intervención deberán considerar estrategias que disminuyan al máximo la duración de la intervención. Ello implica la definición clara y acotada de objetivos de intervención, así como el desarrollo de dispositivos que faciliten su realización en el menor tiempo posible, cuestión que aparece definida en las bases técnicas. Sin embargo, la ausencia de un cierre diagnóstico, como el que esta propuesta plantea, podría hacer que el proceso de intervención se extienda más de lo necesario.

De esta forma es que se sugiere plantear más precisamente en las bases técnicas algunas especificaciones en torno a la etapa del diagnóstico, señalando cómo se operacionaliza la ley en este sentido y estableciendo criterios y lineamientos en cuanto a dicha etapa, los que tienen que ver con establecer ciertos mínimos que deben conocerse en esta etapa, respetando las individualidades de los niños y de las instituciones.

Factibilidad económica

La Ley establece un valor de entre 9 y 15 dólares por niño para proyectos especializados, como es el caso de los PEC. Hoy en Santiago se paga 9,3 dólares por niño/a o adolescente. El valor en pesos chilenos para 2011 es de \$12.650, por lo que la subvención que reciben los PEC en Santiago corresponde a \$117.645.

El monto promedio del diagnóstico por niño/a fluctúa entre \$105.951 y \$250.168 mensuales, lo que muestra la factibilidad de llevar a cabo en términos económicos esta propuesta en relación al diagnóstico que se plantea.

En cuanto a la capacitación de los equipos profesionales, se estimó un valor de \$740.000 cada dos años. Se sugiere que el SENAME aporte este monto con fondos de capacitación. Bajo ningún punto de vista se esperaría que dicha capacitación se realice con la subvención que se otorga a los programas.

Factibilidad política

Consideramos que es un buen momento –dada la realización del Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle–, para posicionar una política pública referida a las personas en situación de calle y, dentro de ella, a los NSC. Se propone, una política pública que responda a las necesidades existentes no solo en la Región Metropolitana, sino que se expanda con programas al resto de las regiones del país. Esta extensión puede ser gradual e ir ampliándose en las regiones de las que se tiene algún registro en torno al fenómeno.

Estrategia de implementación

Para la implementación del diagnóstico de los NSC, se han considerado los siguientes elementos⁶:

- Respecto al servicio:** se consideró que la actividad diagnóstica sea simple (sencilla en su forma) y científicamente sólida (basada en un modelo teórico probado, reconocido mundialmente).
- Respecto de los atributos de los líderes:** que pueda ser hecha propia por los gestores de los proyectos, aceptable para las autoridades nacionales, que sea factible de ser usada por los actores locales.
- Respecto de la forma de entrega del servicio:** la difusión de la innovación debe prestar atención a la situación de la red social en la que se insertará. Para esto es fundamental realizar un estudio piloto, que tenga como propósito mejorar el instrumento y el manual propuesto, pero también que identifique las mejores formas de diseminar la innovación, identificando aquellos actores que sean adoptadores tempranos⁷. De este modo, la implementación podría hacerse de manera gradual: primero en la Región Metropolitana, y posteriormente extender a regiones a partir de capacitadores de las organizaciones capacitadas inicialmente.
- Respecto de la aceptación por parte de los NSC:** para el escalamiento, es fundamental una etapa inicial de prueba del esquema de diagnóstico y

⁶ Yamey, G. 2011. *Scaling up Global Health interventions: A Proposed Framework for Success*. *PLoS Me* 8(6): e1001040. doi:10.371/journal.pmed.1001049.

⁷ McCannon, C.J., Berwick, D., Massoud, M.R., 2007. *The Science of Large-Scale Change in Global Health*. *JAMA* 298: 1937-1939.

del instrumento propuesto, de manera de considerar la valoración por parte del grupo objetivo, para asegurar la calidad de los datos recolectados.

- e. **Respecto del contexto socio-político:** es fundamental considerar el alineamiento con la Ley vigente y con las bases para los PEC. En este sentido, esta propuesta no requiere de modificaciones a la Ley, y solo propone especificaciones en las bases técnicas, lo que favorece su factibilidad técnica y política.
- f. **Respecto del aporte para el conocimiento:** el identificar con claridad los objetivos de la fase diagnóstica (en sus dos etapas), y el costo asociado, permite visibilizar su importancia. Esto, vinculado a un instrumento tipo que permita capturar información básica para identificar el nivel de vulnerabilidad, los factores sobre los cuales trabajar y colaborar en la priorización de intervenciones, a su vez, puede ser de utilidad como sistema de registro sistemático (monitoreo), de manera de proveer información que permita comprender de mejor manera los resultados de los diversos programas, a la vez que permite retroalimentar al mismo proceso diagnóstico y favorecer mejoras para el instrumento.

Por otra parte, la implementación de la capacitación a los equipos profesionales, requeriría de los siguientes pasos:

- a. **Información, sensibilización y acuerdos:** aquí es preciso informar a todos los equipos técnicos en torno a la propuesta, con el fin de que ellos hagan suya la necesidad de capacitación en torno a los aspectos que esta considera. De esta forma, la capacitación debe ser construida en coordinación con los actores relevantes (profesionales de proyectos especializados y directores). La fase de pilotaje es central a modo de evaluar la predisposición de los equipos frente a la capacitación.
- b. **Formación de líderes:** cada institución debiera contemplar dentro de su equipo al menos a dos personas que se hagan "expertos", tanto en el modelo como en la aplicación del instrumento de evaluación diagnóstica, a fin de que puedan resolver las dudas que surjan, y también que capaciten profesionales que participen en programas que surjan en el resto de las regiones del país.
- c. **Aceptación y apropiación desde las autoridades correspondientes:** es imprescindible que las autoridades del SENAME conozcan y se apropien de esta propuesta de capacitación, con el fin de prestar el apoyo necesario a las instituciones,

para llevarla a cabo.

Finalmente, para la instalación de la propuesta de diagnóstico, siguiendo el modelo de estrés modificado (Rhodes & Jason, 1988), y para el logro de los objetivos propuestos, es fundamental trabajar en paralelo, estableciendo alianzas entre los diversos actores y programas que interactúan o deberían interactuar con los NSC y sus familias. En concreto se propone lo siguiente:

Etapas de diagnóstico inicial

Etapas de definición del perfil del niño/a. Dado que se espera contar con una identificación preliminar del niño/a o adolescente como potencial usuario del programa, las instituciones con las cuales se deben establecer coordinaciones son:

- a. Área social del municipio: se espera compartir información sobre el niño/a y familia, y los lugares de pernoctación y/o calle.
- b. Establecimientos educacionales y área educación del municipio: se espera compartir información sobre la situación al respecto y coordinar a nivel local alertas tempranas para que el programa pueda actuar.
- c. Área salud del municipio y centros de salud: se espera colaboración en la identificación de casos de alto riesgo de calle o en calle, para dar las alertas oportunas al programa. Si en el área geográfica de trabajo del programa hay un hospital con unidad de emergencia, será importante establecer las coordinaciones para la alerta de casos.
- d. Área judicial/policial local: se espera colaboración en identificación de casos y ayuda en situaciones extremas de vulneración de derechos.

En general, para realizar un trabajo cercano al ámbito local y para optimizar recursos, es deseable que cada municipio organice junto con los programas que trabajan con NSC, una mesa de trabajo que coordine acciones, identifique problemas y pueda evaluar más integradamente los resultados de la acción conjunta. Este espacio ya existe en algunos municipios. Su implementación debería ser avalada y apoyada por el nivel central. En esta instancia es factible incorporar a otras organizaciones de la comunidad, tales como juntas de vecinos y empresas, entre otros, que puedan colaborar en las alertas tempranas y en la identificación de focos de NSC, en el entendido de que el problema es de responsabilidad de la comunidad.

Etapas de acercamiento en calle. Para lograr la iden-

tificación del nivel de vulnerabilidad, la calificación para el ingreso al programa, su aceptación por el usuario, la identificación de las áreas de profundización diagnóstica y las áreas de intervención inmediata, se requiere de la coordinación con las mismas organizaciones anteriores, intensificando el trabajo interno del equipo del programa. Si los nexos con las organizaciones están establecidos y hay puntos de contacto claros, se facilita el logro de los objetivos.

La existencia de vulneraciones de derechos que ameritan intervención urgente, requiere de la coordinación con el área social del municipio, como también con el área judicial/policial. Otro aspecto que implica intervención de urgencia es la constatación de un daño a la salud extremo (traumatológicos, sospecha de enfermedades infecciosas agudas graves como: neumonía, meningitis, intoxicación alcohólica o por drogas), que pueda implicar riesgo vital, lo que requerirá de la asistencia en un servicio de urgencia local u hospitalario; otra situación que corresponde a una urgencia médica es la detección de una adolescente embarazada.

Las particularidades de estos niños/as y adolescentes hacen necesario que exista una relación previa con los establecimientos de salud y conocimiento de los profesionales para que el manejo clínico se ajuste a la situación de vida del NSC.

Etapa de profundización diagnóstica

Profundización diagnóstica. Esta etapa es clave para el desarrollo de los planes específicos que permitirán la reinserción social del niño/a o adolescente.

Las organizaciones con las cuales vincularse son las mismas que ya se mencionaron. En esta etapa el énfasis de la coordinación no está centrado en recabar información disponible sobre el NSC, sino en disponer de una oferta de servicios para ellos/as y sus familias. Los servicios necesarios son:

a. **La consulta en salud mental:** que debería ser otorgada por COSAM o bien por CRS/ CDT de la red pública de salud correspondiente. Dada la situación de alta vulnerabilidad de estos casos, se requiere que la atención sea oportuna y expedita, para la cual es necesario que desde el nivel central (director de servicio de salud, mediante oficio del Ministerio de Salud), instruya a su red de prestadores de servicios sobre la situación particular de estos casos. De no disponer de atención en la red pública, será necesario que el Servicio de Salud (mandatado por el Ministerio), tenga la facilidad de comprar servicios a privados. En todo caso,

es importante conocer que en caso de consumo problemático de sustancias (incluido alcohol), el acceso a las Garantías Explícitas en Salud es un derecho.

b. **La consulta médica general:** que debería ser otorgada en primera instancia por el centro de salud correspondiente al área o bien donde el niño/a y su familia esté inscrito. Este último punto es crucial, ya que es fundamental identificar la situación de inscripción de los niño/as a un centro de salud. De no ser así, será necesaria la coordinación para hacer una inscripción provisoria, de modo que reciba las prestaciones correspondientes. Este examen general debe estar centrado en identificar problemas de salud en particular: estado nutricional, problemas de piel y enfermedades infecciosas.

c. **La consulta de salud sexual y reproductiva:** debería ser otorgada a NNA para identificar riesgos en esta área. De existir un centro de salud con atención para adolescentes, es preferible esa atención integrada (que incluye b y c). El objetivo de esta atención es, además, prestar la consejería en este campo, en particular para aquellos que ya hayan iniciado actividad sexual. Estas prestaciones pueden ser otorgadas por los centros de salud correspondientes. El resto de las prestaciones necesarias para contar con un buen diagnóstico, pueden ser entregadas por el mismo equipo del programa o bien mediante compra de servicios a terceros.

Conclusiones

Esta propuesta ha plasmado el interés por profundizar en el proceso de intervención que se realiza con los NSC, siendo el punto de partida la etapa de diagnóstico, considerada como la base fundamental sobre la cual se elabora e implementa el plan de acción.

Se ha propuesto la utilización del modelo de intervención denominado Modelo de Estrés Modificado, por el que se ha optado ya que no solo considera los aspectos relativos a las carencias y dificultades que poseen los NSC, sino que también reconoce las fortalezas que tienen. La consideración tanto de los factores de riesgo como de los protectores, arroja el grado de vulnerabilidad en que se encuentran los niños, lo que permite generar líneas de acción adecuadas a cada caso. Por lo tanto, su aporte se encuentra de manera fundamental en el establecimiento de distintos tipos de NSC, como también en sus diversos grados de vulnerabilidad.

Se ha propuesto una ficha de evaluación diagnóstica, que en su fase de implementación debiera ser pilotada, con el fin de mejorar aquellos aspectos que lo requieran y así transformar esta propuesta en viable y en un real aporte a la política pública en este tema.

Por último, cabe señalar que esta propuesta, junto con ofrecer una alternativa posible de intervención, plantea desafíos en un fenómeno tan complejo como es el de los NSC. Desafíos que llaman a trabajar desde la intersectorialidad, con acompañamiento y no solo supervisión desde el SENAME. Asimismo, nos desafía a hacer visible lo que ha estado invisibilizado por mucho tiempo, como también a asumir la nueva realidad de la situación de calle, donde no podemos dejar de tener una mirada preventiva con intervenciones tempranas.

Bibliografía

- ABRAMOVICH, V., 2006. Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista CEPAL* 88. 2006. CEPAL.
- ANSALATINA.COM, 2007. *Uruguay: Los miles de niños que viven en calles*. Available at: <<http://www.ansa.it/ansalatina/notizie/notiziari/uruguay/20071218142234541370.html>> (Recuperado el 14 de mayo de 2009).
- AYLWIN, N., Y SOLAR, M., 2003. *Trabajo Social Familiar*. Ediciones Universidad Católica.
- CYC - ONLINE, 2011. *Street children and homelessness*. Available at: <<http://www.cyc-net.org/cyc-online/cyc0904-Homelessness.html>> (Recuperado el 10 julio 2011).
- DUYAN, V., 2005. Relationships between the socio-demographic and family characteristics, street life experiences and the hopelessness of street children. *Childhood* 12, 445. (Recuperado el 18 de junio de 2011, desde <http://chd.sagepub.com/cgi/content/abstract/12/4/445>).
- ELKAIM, M., 1989. *Las prácticas de la terapia de red*. Editorial Gedisa, Barcelona, España.
- FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF), 2006. *Estado mundial de la infancia 2006. Excluidos invisibles*. Nueva York: UNICEF. (Recuperado el 20 de mayo 2011, desde http://www.unicef.cl/unicef/public/archivos_documento/157/estado2006.pdf).
- FORSELLEDO, A., 2002. *Niñez en situación de calle: Un modelo de prevención de las farmacodependencias basada en los derechos humanos*. Montevideo: Boletín del Instituto Interamericano del Niño. Segunda Edición.
- HARTMAN, A., Y LAIRD, J., 1983. *Family centered social work practice*. The Free Press, N.Y.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF), 2007. *Modelos de atención y prevención para niños, niñas y adolescentes en situación de calle. Estudio realizado en 16 ciudades de Colombia durante el año 2006: Armenia, Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Buenaventura, Cali, Cartagena, Cúcuta, Manizales, Medellín, Montería, Pasto, Pereira, Santa Marta, Tunja y Villavicencio*. Bogotá: ICBF.
- MANSILLA, M.E., 1989. *Los niños de la calle: siembra de hoy, cosecha del mañana*. Lima: OC.
- MÉNDEZ, C., 2009. *Un estudio exploratorio acerca de jóvenes que en su infancia habitaron en calle: ¿qué les ayudó a encontrar alternativas a la vida de calle? Una mirada desde los sujetos*. Tesis para optar al grado académico de Magister en Psicología, mención Psicología Social Comunitaria. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- MIDEPLAN.CL, 2011. *Catastro calle 2011*. Available at: <<http://www.mideplan.cl>> (Recuperado el 20 de septiembre de 2011).
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN, 2005. *Habitando la calle*. Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle. Santiago.
- NIRENBERG, O., BRAWERMAN, J., Y RUIZ, V., 2010. *Programación y evaluación de proyectos sociales. Aportes para la racionalidad y la transparencia*. Paidós. Tramas Sociales 19. Buenos Aires.
- OBSERVATORIO METROPOLITANO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, 2011.
- ORDÓÑEZ, D., 1995. *Niños de la calle y sus familias en Lima: la realidad en 852 variables*. Lima CEDRO.
- OYARZÚN, K., 2006. Entre lo crudo y lo cocido: sistema sexo-género. En Oyarzún et al. *Labores de Género, Modelo para rearmar el trabajo*. Ediciones Generam. Universidad de Chile. Facultad de Filosofía y Humanidades.
- REW, L., Y HORNER, S., 2003. Personal strengths of homeless adolescents living in a high-risk environment. *Advances in nursing science*, 26 (2), 90 -1001. Austin: University of Texas.
- ROMÁN, M., 1999. *Guía práctica para el Diseño de Proyectos Sociales*. Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación. CIDE.
- SERVICIO NACIONAL DE MENORES (SENAME), 2003. *Estudio sobre magnitud de niños y niñas de la calle*. Santiago: PRODENI.
- SERVICIO NACIONAL DE MENORES (SENAME), 2004. *Niños y niñas de la calle*. Santiago: SENAME.
- WEICK, A., Y SALEEBY, D., 1995. Supporting family strengths: orienting policy and practice toward de 21st century. *Families in society*, Vol. 76, N°3.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000. *Working with street children. A training package on substance use, sexual and reproductive health including HIV/AIDS and STDs*. Geneva, Switzerland.

ANEXO N°1

Ficha de evaluación diagnóstica inicial

Nombre entrevistador _____

Fecha entrevista _____

1. Identificación del niño(a) o adolescente:

- a. Nombre _____
- b. RUT _____
- c. Fecha de nacimiento _____
- d. Edad _____
- e. Sexo _____
- f. Dirección de la familia responsable _____
- g. Comuna de la familia responsable _____
- h. Lugar desde donde viene derivado _____

2. Nivel de estrés⁸:

Eventos	Si	No
Cambios en la escuela, trabajo o casa		
Enfermedad seria o accidente		
Dificultades económicas		
Separación de los padres		
Divorcio de los padres		
Discusiones de los padres		
Enfermedad o accidente de los padres o hermanos/as		
Enfermedad o accidente de los abuelos/as		
Muerte de padres, hermanos/as o abuelos/as		
Muerte de un miembro de la familia o amigo/a		
Dificultades o conflicto con un miembro de la familia		
Rompimiento con el novio/a		
Problemas legales o con la policía		
Robo de pertenencias personales		
Fracaso en la escuela		
Embarazo		
Abuso físico		
Abuso sexual		
Otro problema serio (especificar)		

⁸ La lista de eventos estresantes se ha tomado de R. Coddington, "The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children". A study of a normal population. *Journal of Psychosomatic Research*. 16. 1972.

3. Situación de calle:

a. Fecha de inicio en calle.....

b. Estadía en calle (Marque con una X lo que corresponda):

Estadía diaria en calle	Todo el día	
	Toda la noche	
	La mayor parte de la noche	
	La mayor parte del día	
Estadía mensual en calle	Una semana	
	Menos de una semana	
	Dos semanas	
	Casi todo el mes	

c. Condiciones de salud física:

i

Apariencia nutricional:	SI	NO
• Enflaquecido		
• Normal		
• Sobrepeso		
• Obeso		
Se observan lesiones no traumáticas en la piel		
Tiene lesiones traumáticas		

ii. Antecedentes de salud:

	SI	NO
ETS		
Epilepsia		
Problemas respiratorios		

d. Condiciones de salud mental:

i. Consumo de drogas:

	SI	NO
Presencia de consumo		
Tipo de consumo (sustancia):		
• Alcohol		
• Marihuana		
• Pasta base		
• SI		
• Cocaína		

Problemas asociados al consumo:		
• De salud física		
• Robo		
• Dependencia		
• Narcotráfico		
• Familiares		
• Emocionales		
• Con amigos		
Frecuencia de consumo:		
• Diario		
• Día por medio		
• Una vez por semana		
• Algunos días en el mes		
Fecha de inicio de consumo:		

e. Vulneración de derechos:

	SI	NO
Presencia de VIF		
Presencia de peores formas de trabajo infantil		

4. Vínculos Positivos:

a. Presencia de personas significativas y protectoras para el niño(a) o adolescente (enumere e identifique)

Nombre	Relación	Edad
1.		
2.		
3.		
4.		

b. Presencia de otros significativos (animales, religión, otros niños, entre otros)

1.
2.
3.
4.

5. Grado de desarrollo de competencias

a. Físicas:

	SI	NO
Ausencia de discapacidad motora evidente		

b. Psicológicas:

	SI	NO
Ausencia de discapacidad mental evidente		

c. Sociales⁹:**YO TENGO**

- Personas alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente.
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros o problemas.
- Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.

YO SOY

- Una persona por la que los otros sienten aprecio y cariño.
- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.
- Respetuoso de mí mismo y del prójimo.
- Capaz de aprender lo que mis profesores me enseñan.
- Agradable y comunicativo con mis familiares y vecinos.

YO ESTOY

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
- Seguro de que todo saldrá bien.
- Triste, lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo.
- Rodeado de compañeros que me aprecian.

YO PUEDO

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.
- Buscar la manera de resolver mis problemas.
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar.
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.
- Equivocarme y hacer travesuras sin perder el afecto de mis padres.
- Sentir afecto y expresarlo.

6. Recursos

a. Internos¹⁰

	SI	NO
Educación:		
• Escolarizado		
• Curso actual.....		
• Repitencia		
• Retraso escolar		
• Deserción escolar		
Cuenta con idea de futuro		
Tiene fe religiosa		
Optimismo/Sentido del humor:		
• Capacidad de reír, de adaptarse		
• Alegría		
• Sonreír		
• Contar anécdotas graciosas		
• Recordar momentos alegres y divertidos		
• Mantener un ambiente distendido		

9 La escala que se utiliza para conocer el grado de desarrollo de las competencias sociales se ha tomado del "Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes". M. Munist, H. Santos, M.A. Kotliarenko, N. Suárez, F. Infante, E. Groberg, 1998 pp.3.

10 Los aspectos relativos al optimismo/sentido del humor se han tomado de "Avances en el estado del arte en resiliencia. Educación". H. Acutón y colaboradores. Ceanim. Chile. 2004. Pp.13-14.

• Controlar las ironías		
• No censura la risa		
• Promover el optimismo sobre los resultados		

b. Externos:

Acceso a redes:	SI	NO
• Cuenta con cédula de identidad		
• Está inscrito en el consultorio		
• Asiste regularmente al colegio		
Está vinculado a su familia		
Está vinculado a otros niños de la calle		
Cuenta con modelos positivos		
Participa en alguna organización social positiva		
Tiene acceso a lugares de recreación positiva		

7. Interés por participar en el proyecto

SI	
NO	

Resumen evaluación diagnóstica:

Vulnerabilidad en torno a la situación de calle:

• Alta.	
• Media.	
• Baja.	

Factores de riesgo:

Nivel de estrés:

• Alto.	
• Medio.	
• Bajo.	

• Experiencia de calle:

Factores Protectores:

- Vínculos: _____
- Competencias: _____
- Recursos: _____

Predominio de factores:

• Protectores.	
• De riesgo.	

Áreas de intervención:

Factores protectores posibles de mejorar: _____

Factores de riesgo posibles de reducir: _____

Intervenciones específicas para la profundización diagnóstica:

- Psicológica: _____
- Salud física: _____
- Salud mental: _____
- Área legal: _____