



**ORIENTACIONES TÉCNICAS**

**RESIDENCIA DE PROTECCIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES GRAVEMENTE  
VULNERADOS EN SUS DERECHOS CON DISCAPACIDADES SEVERAS O PROFUNDAS EN SITUACIÓN  
DE ALTA DEPENDENCIA**

**RDG**

**DEPARTAMENTO DE PROTECCIÓN Y RESTITUCIÓN DE DERECHOS  
SERVICIO NACIONAL DE MENORES**

**OCTUBRE 2016**

## INDICE

### Contenido

I.	ANTECEDENTES .....	3
II.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	7
III.	MODELO DE INTERVENCIÓN .....	11
	a) Características de la modalidad .....	11
	b) Objetivos .....	13
	c) Sujeto de atención .....	13
	d) Enfoques transversales .....	14
	e) Trabajo de redes (intersectorialidad y circuito de protección especial) .....	21
	f) Vías de ingreso .....	27
IV.	DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL .....	27
	a) La residencialidad como sustento a la intervención psico-social.....	28
	b) Intervención Psico-social.....	34
	c) Plazos de la intervención.....	60
V.	RECURSOS HUMANOS .....	62
	a) Pre-selección .....	62
	b) Selección.....	63
	c) Inducción a la función .....	63
	d) Capacitación .....	64
	e) Autocuidado .....	66
	f) Conformación y Organización interna del equipo.....	67
	g) Características y principales funciones de integrantes del equipo .....	68
VI.	RECURSOS MATERIALES .....	75
	a) Infraestructura, equipamiento y condiciones ambientales .....	76
	b) Condiciones de Seguridad .....	79
VII.	MONITOREO Y EVALUACIÓN .....	80
	a) Ciclo de monitoreo y evaluación .....	80
VIII.	MATRIZ LÓGICA .....	83
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
X.	ANEXOS .....	91

## I. ANTECEDENTES

El presente documento tiene por objeto definir los lineamientos y requerimientos técnicos para el funcionamiento de la modalidad denominada **Residencia de Protección para niños, niñas y adolescentes gravemente vulnerados en sus derechos con discapacidades severas o profundas en situación de alta dependencia<sup>1</sup> (RDG)**.

El ingreso de niños, niñas o adolescentes vulnerados en sus derechos con discapacidad, a una residencia de protección corresponde a una medida excepcional y transitoria, aplicada cuando existen graves vulneraciones de derechos y no hay alternativas proteccionales de carácter familiar. Es decir, como una opción de última ratio, implementada cuando este tipo de cuidado se evalúa como el más pertinente, a su interés superior y dada las particularidades de cada situación.

Bajo el paradigma de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)<sup>2</sup>, que orienta el desarrollo programático de SENAME, las presentes Orientaciones Técnicas adhieren a los Principios Rectores allí señalados -artículos 2 y 3-, considerando el respeto a los Derechos y Garantías fundamentales de protección universal para la niñez y adolescencia, y de protección especial, cuando sus derechos han sido vulnerados, considerando primordialmente su Interés Superior.

Asimismo, este Servicio reconoce a las Directrices de las Naciones Unidas sobre las Modalidades Alternativas de Cuidado<sup>3</sup> de los Niños y su Guía de Estándares para Operadores Sociales (UNICEF, 2011) como pautas dirigidas a garantizar la protección y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes separados transitoriamente de su familia de origen, por graves vulneraciones de sus derechos y dificultades de la familia para cumplir con las responsabilidades de cuidado y efectiva protección de éstos.

Estas Directrices identifican a los centros de acogimiento residencial y el acogimiento familiar<sup>4</sup> como modalidades complementarias para atender las necesidades de los niños y las niñas, incluidos aquellos que presentan discapacidades, y recomiendan, entre otros aspectos, no continuar con la existencia o creación de residencias de protección masivas; ello implica elaborar estrategias globales de desinstitucionalización, con fines y objetivos precisos, que permitan su progresiva eliminación; agregando "...los Estados deberían establecer estándares de acogimiento para garantizar la calidad y las condiciones propicias para el desarrollo del niño, como la atención individualizada y en pequeños grupos, y deberían evaluar los centros de acogida existentes con arreglo a esos estándares" (Párrafo 22)<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Estas residencias atenderán principalmente discapacidad intelectual. No obstante, no se hará diferencia en otro/s tipo/s de discapacidad/es siempre y cuando estén calificada/s de **severas o profundas** por COMPIN.

<sup>2</sup> La ratificación por parte del Estado chileno, el 14 de Agosto de 1990, de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), promulgada como Ley de la República y poseedora de rango constitucional, ha comprometido al Estado chileno con el cumplimiento, respeto y garantía de los derechos humanos que allí se consagran para este grupo etario.

<sup>3</sup> En el sistema de SENAME, estas modalidades alternativas de cuidado, están constituidas por los Centros Residenciales de Administración Directa, las Residencias a cargo de Organismos Colaboradores Acreditados (como las presentes RDG) y por el Programa de Familias de Acogida Especializada, también a cargo de la red de colaboradores y el programa administrado directamente por SENAME.

<sup>4</sup> Sename cuenta en con el Programa de Familias de Acogida Especializadas principalmente ejecutado por diversos Organismos Colaboradores Acreditados, mediante concursos públicos. Además, ha iniciado un programa de administración directa de familias de acogida para la primera infancia (niños/as menores de 6 años).

<sup>5</sup> Op.cit, Naciones Unidas (2010)

Las vulneraciones a los derechos de niños, niñas y adolescentes se producen por acción u omisión, desde el mundo adulto, dando lugar a situaciones que ponen en riesgo o transgreden su bienestar, seguridad y dignidad, lo que resulta más complejo por la etapa vital en que se encuentran, en tanto éstos no pueden defenderse o superar estas situaciones como lo haría una persona adulta. Por tanto, la protección requiere de la aplicación de medidas acordes a la edad, género, nacionalidad de la víctima u otros factores individuales, de la familia y del contexto, tal como lo mandata el artículo 4 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Las vulneraciones de gravedad que ameritan internación y separación de la familia, son aquellas que afectan la integridad física y emocional de la víctima, las que pueden llegar a poner en riesgo la vida, por su frecuencia y/o intensidad, incluyendo aquellas situaciones asociadas a la ausencia de adultos que cumplan el rol protector. En esta categoría caben las materias constitutivas de delito en contra de niños, niñas y adolescentes.

La modalidad residencial -RDG- en coherencia con la Convención y las Directrices antes referidas, constituye un sistema de protección especializado que asume el resguardo de los derechos de la niñez y adolescencia, con discapacidad y alta dependencia, privados de su medio familiar, cuando su interés superior exige que no permanezcan en ese medio.

Asimismo, recoge los compromisos y acuerdos internacionales consagrados en tratados como la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), promulgada en Chile en el año 2008, junto a su Protocolo Facultativo, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979) y su Protocolo Facultativo (1999) -respecto de las niñas y las adolescentes- y las diversas Resoluciones aprobadas por Naciones Unidas en materia de infancia y adolescencia, según corresponda.

De igual modo, el diseño y funcionamiento de estas residencias reconocen a “la familia como el núcleo fundamental de la sociedad y el medio natural para el crecimiento, el bienestar y la protección de los niños”<sup>6</sup>, por lo que “los esfuerzos deberían ir encaminados ante todo a lograr que el niño/a permanezca o vuelva a estar bajo la custodia de sus padres o, cuando proceda, de otros familiares cercanos”<sup>7</sup>. En ese sentido, los artículos 3 y 9 de las Directrices recomiendan la intervención del Estado y de la comunidad ofreciendo apoyo emocional, económico y social a las familias para el cumplimiento de su rol protector y preservación del niño/a y adolescente con su familia.

Este marco internacional ha constituido y conforma una guía fundamental para el desarrollo de un trabajo colaborativo entre los diversos actores relacionados con la aplicación de la medida de separación, y en especial, para lograr la desinternación, entendida como la expresión concreta de la restitución del derecho del niño/a a vivir en familia, considerando las particularidades de cada uno/a y la situación de vulneración que incidió en la separación.

Complementariamente, y también en consonancia con las Directrices, ante la necesidad de separación de los hijos/as de los padres, se espera que se respeten “los vínculos de hermandad” ingresándolos a un mismo espacio.

---

<sup>6</sup> Resolución 64/142: Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños. Artículo 3.

<sup>7</sup> Ídem

En este contexto, es imperativo para los Estados contemplar en su legislación interna procedimientos para la adopción de medidas dirigidas a garantizar la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes vulnerados, específicamente referidos el ingreso y permanencia en el sistema residencial; además, de la aplicación de medidas organizacionales administrativas, técnicas y presupuestarias para la operatividad del sistema de cuidados alternativos.

En Chile, este procedimiento está regulado por la Ley N° 19.968, que crea los Tribunales de Familia. Esta normativa señala que la finalidad del procedimiento de protección, es “adoptar las medidas de protección jurisdiccionales establecidas en la ley, tendientes a la protección de los derechos de los niños, niñas o adolescentes cuando éstos se encontraren amenazados o vulnerados” (Párrafo Primero del Título IV, artículo 68). Así, la decisión del ingreso de un niño/a o adolescente a una residencia recae en los Tribunales de Familia y la aplicará sólo cuando sea estrictamente necesario, puesto que el juez preferirá a sus parientes consanguíneos o a otras personas con la que aquel tenga relación de confianza, y sólo en defecto de los anteriores, lo confiará a un establecimiento de protección (Art. N° 74. Ley 19.968).

La señalada Ley, también establece que el niño, niña o adolescente sujeto de la medida de separación, participará de esta definición, expresando su opinión al respecto ante el juez/a correspondiente, quién la considerará de acuerdo a su edad y madurez, realizando los ajustes razonables a la discapacidad; actuación acorde con el artículo N° 12 consagrado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en las Directrices de las Naciones Unidas, en particular, al derecho a ser informado y oído.

Por otra parte, la implementación y funcionamiento de las residencias se cumplirá de acuerdo a lo estipulado en la Ley N° 20.032 del año 2005 y su reglamento, la cual establece el sistema de atención a la niñez y adolescencia, a través de la red de Organismos Colaboradores Acreditados por el SENAME y su régimen de subvención.

Dicha normativa reconoce a los Centros Residenciales como una de las cuatro líneas de acción subvencionables. Según el artículo 4 número 3.3 y 3.3 letra b, de la mencionada ley, estos centros son *“aquellos destinados a la atención de los niños, niñas y adolescentes privados o separados de su medio familiar”* y define a las residencias como *“aquellas destinadas a proporcionar de forma estable, a los niños, niñas y adolescentes separados de su medio familiar, alojamiento, alimentación, abrigo, recreación, estimulación precoz, apoyo afectivo y psicológico, asegurando su acceso a la educación, salud y a los demás servicios que sean necesarios para su bienestar y desarrollo.”*

Así también, es posible señalar que la actual Política de Niñez y Adolescencia, periodo 2015-2025<sup>8</sup>, constituye un instrumento guía para el diseño y desarrollo de las políticas públicas en este ámbito. Este valioso marco destaca como una de las orientaciones prioritarias del Área Estratégica “Familia y Comunidad”, el quehacer dirigido a “avanzar en la provisión de cuidados bajo condiciones de vida familiar para niñas, niños y adolescentes que, por situaciones de graves vulneraciones de derechos, deben ser separados de su familia de origen”. Y en caso de niños/as con discapacidad, asegurar la

---

<sup>8</sup>Ver Política Nacional de Niñez y Adolescencia en <http://www.consejoinfancia.gob.cl/wp-content/uploads/2016/03/POLITICA-21-3-2016-web.pdf>

inclusión y la igualdad de derechos, para que no sean discriminados, por esa condición, ni privados de su medio familiar, sin un debido fundamento.

En este marco, se encuentra en proceso de implementación el Plan Intersectorial de Desinternación de niños/as menores de 06 años de edad, 2014-2017, promoviendo su derecho a vivir en familia, desde una estrategia multisectorial liderada por el Consejo Nacional de la Infancia, evitando las largas permanencias, el debilitamiento o pérdida de vínculos, el desarraigo y la institucionalización.

No obstante, a pesar de estos esfuerzos y el fortalecimiento de los programas preventivos y del programa de familias de acogida, es de conocimiento que el modelo residencial continúa vigente, para la protección y restitución de los derechos de los niños, niñas y adolescentes vulnerados gravemente, y si presentan discapacidades, de acuerdo a los estándares de calidad vigentes y protocolos que aseguren a esta población la entrega de atenciones en el marco de derechos.

Por tanto, los diversos organismos públicos y privados relacionados con la protección de niños/as y adolescentes vulnerados y separados de su familia, deberán tener presente las recomendaciones en la materia entregadas, el año 2015, por el Comité de Derechos del Niño, tales como las siguientes:

- Proporcionar asistencia adecuada a los padres mientras su hijo está en cuidado alternativo, para que puedan hacerse cargo nuevamente, cuando esto sea apropiado en virtud del interés superior del niño.
- Asegurar que los niños puedan tener contacto con sus padres, mientras dure la atención, a menos que se contradiga con el interés superior del niño.
- Asegurar la revisión periódica de la colocación de niños en hogares de guarda e instituciones y supervisar la calidad de la atención en ellas, incluso proporcionando acceso y canales adaptados a los niños para la presentación de informes, la supervisión y la reparación del maltrato.
- Adoptar medidas para prevenir la violencia contra los niños en familias de acogida e instituciones y detener su reparación.

En síntesis, si se considera que los niños, niñas y adolescentes crecen y se desarrollan física y psicológicamente - de acuerdo a las diferentes etapas del ciclo vital, requiriendo de figuras adultas y un contexto protector, capaz de generar condiciones positivas hasta su plena autonomía - es deber del Estado y de la comunidad ofrecer a quienes son afectados por vulneraciones graves, espacios de acogida transitoria que posibiliten un adecuado desarrollo, eviten la re-victimización y contribuyan, al menor tiempo posible, a la restitución de su derecho a vivir en familia y comunidad.

Al respecto, el presente modelo residencial de protección RDG se entiende como una respuesta a la necesidad de otorgar protección a los niños/as y adolescentes afectados por graves vulneraciones y discapacidad, según lo determine un Tribunal de Familia. Y, simultáneamente, otorgar intervención residencial psico-social en programas adosados, frente a situaciones que puedan o hayan atentado gravemente contra el normal desarrollo de éstos, según lo refiere la Ley N° 20.032, en su artículo 4, número 3.2, letra a.<sup>9</sup> .

---

<sup>9</sup> Esta modalidad no está dirigida a la atención de adolescentes en conflicto con la maternidad, excepto si se encontrase en una grave situación de vulneración.

## II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En el sistema de cuidado alternativo<sup>10</sup> para niños, niñas y adolescentes privados de cuidados parentales, SENAME atiende cada año a más de 15.000 niños, niñas y adolescentes separados transitoriamente de su entorno familiar de origen y comunitario, por una medida de protección judicial. Las órdenes de ingreso a éste son emitidas por los Tribunales de Familia, frente a graves vulneraciones de derechos, incluso situaciones de riesgo vital, identificadas y/o judicializadas, por diversos actores de la comunidad.

En este contexto, cabe también hacer referencia a la situación de discapacidad de los niños/as y adolescentes en desprotección, reconociendo que la discapacidad por años fue entendida desde el modelo individual o modelo médico, focalizada en los “déficits físicos, cognitivos o sensoriales de las personas”<sup>11</sup>, con el objeto de “rehabilitar patologías, subsanar el déficit, a fin de normalizar a la persona y su cuerpo” para su participación en la comunidad<sup>12</sup>. Hoy en día, es posible su comprensión como niños/as y adolescentes en desarrollo con discapacidad, desde un enfoque o modelo social que conceptualiza la discapacidad como una situación que resulta de:



**“la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”<sup>13</sup>.**

Esta definición se abre a un imperativo de equidad social que debe resolverse incluyendo a los niños/as y adolescentes, particularmente, cuando son vulnerados en sus derechos y se encuentran privados de cuidados parentales, en igualdad de condiciones con los demás. Se entiende, entonces que la inclusión familiar y social, está basada **en la responsabilidad social de toda una comunidad que lo protege**, evitando la exclusión. Las barreras serían diversas: arquitectónicas, jurídicas, organizativas, y en distintas materias: salud, trabajo, educación, protección social etc. Por tanto, quien debe acomodar y adaptar sus estructuras, removiendo las limitantes es la sociedad en su conjunto<sup>14</sup>. De allí que las residencias deben caracterizarse por favorecer la inclusión de los niños/as en familia y comunidad, aún en situación de dependencia<sup>15</sup>, promoviendo la autonomía personal y atención personalizada, a través de prestaciones y servicios de apoyo.<sup>16</sup>

Sin duda que un niño, niña o adolescente vulnerado gravemente en sus derechos y con discapacidad y alta dependencia de terceros, necesita la oportuna y debida protección. Esto, pues presentará múltiples riesgos y/o trastornos asociados a diversas esferas del

<sup>10</sup> El sistema de cuidado alternativo de SENAME está conformado por los centros residenciales de protección de la red de colaboradores y de administración directa, como también por los programas de familias de acogida de colaboradores y de administración directa.

<sup>11</sup> <http://www.inrpac.cl/wp-content/uploads/2014/10/Enfoque-de-Derecho-y-Discapacidad-aplicacio%CC%81n-de-la-convencio%CC%81n.pdf> . febrero 22, 2016, 16.00 horas.

<sup>12</sup> Idem

<sup>13</sup> Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Diciembre 2006. (Preámbulo, inc. e)

<sup>14</sup> <http://www.inrpac.cl/wp-content/uploads/2014/10/Enfoque-de-Derecho-y-Discapacidad-aplicacio%CC%81n-de-la-convencio%CC%81n.pdf> . Febrero 22, 2016, 16.00 horas.

<sup>15</sup> El Consejo de Europa, en su recomendación No R (98)9, define la dependencia como: "Un estado en el que personas, debido a una pérdida física, psíquica o en su autonomía intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en las actividades diarias".

<sup>16</sup> Manual sobre la Ley N°20.422. [www.senadis.gob.cl](http://www.senadis.gob.cl)

desarrollo, tanto en su vida presente como futura. Si además, estas situaciones se dan en contextos de alta vulnerabilidad social, su interrupción debe materializarse con un sentido de urgencia.

Al respecto, se debe garantizar la satisfacción de sus necesidades de provisión y por otra, “promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de los niños/as y adolescentes con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de negligencia, explotación, violencia o abuso. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad”<sup>17</sup>. Esto, cuando no existen dentro de la familia figuras de cuidado alternativas a los padres (abuelos, tíos, hermanos mayores, otros) con las competencias y la motivación inmediata de asumir el cuidado de los niños/as y adolescentes previo a la judicialización.

Al respecto, se han realizado y se deben continuar realizando esfuerzos como país, dirigidos a mejorar la calidad de vida de las familias más vulnerables, promoviendo su acceso a las políticas de empleo, vivienda, salud, educación, protección social, entre otras, que comprende un soporte a las condiciones para el apropiado ejercicio de la parentalidad/marentalidad favoreciendo así la prevención y el abordaje de la vulneración de derechos de los niños, niñas y adolescentes y de los demás grupos más vulnerables.

A lo anterior se suman expresiones de discriminación por la discapacidad u otras condiciones, el uso de la violencia al interior y fuera de la familia, comercialización y consumo de drogas, valoración del consumo, entre otras, sumada a la existencia de políticas sectoriales fragmentadas<sup>18</sup>, factores que influyen en la calidad de vida de las familias, en las relaciones interpersonales y en su dinámica de funcionamiento.

En este marco, el problema a abordar no es sólo garantizar la protección del niño/a o adolescente vulnerado y con discapacidad en un espacio bien tratante y nutricio, sino también la prestación de servicios a la familia. Esto último debe considerar las distintas funciones versus los contextos de vulnerabilidad, los requerimientos específicos de la discapacidad de sus hijos/as y, en especial, aquellas relacionadas con el rol y responsabilidad de ejercer una crianza y cuidados positivos, entre otros factores, los que configuran elementos altamente estresantes para el desempeño de su función.

En cuanto a las principales causales de ingreso a la línea de cuidado alternativo, es posible señalar la negligencia (22,3%), la inhabilidad de uno o ambos padres (15,1%) y otras vulneraciones como peligro material o moral (8,5%), maltrato, abuso sexual, violación (10,7%).<sup>19</sup>

La población atendida en residencias para discapacidad grave o profunda alcanzó un total de 955 niños, niñas, adolescentes (y adultos), en el año 2015<sup>20</sup>, de los cuales 569 son hombres y 386 mujeres. Un 4,5 % tiene 09 años y menos de edad y un 13,9 % entre 10 y 17 años; el resto cuenta con 18 años y más (81,6%).

---

<sup>17</sup> Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad. Art. 16. Protección contra la explotación, la violencia y el abuso.

<sup>18</sup> De acuerdo a la Casen 2013, el 22 % de la población menor de 18 años se encuentra en situación de pobreza (y el 11,8% de los adultos).

<sup>19</sup> Base de Datos Senainfo: niños, niñas y adolescentes atendidos durante el año 2015. Información registrada por los proyectos como primera causal de ingreso.

<sup>20</sup> Información Departamento de Planificación y Control de Gestión, SENAME.

Respecto a la permanencia en la residencia, el 3,6 % lleva un año y menos; el 4,2 % entre uno y dos años; 9.9% de los atendidos presenta entre dos y cinco años, y entre 5 y 10 años, el 12,8 %. El grupo mayoritario de la población tiene una permanencia de 10 y más años (69,5 %).

Con respecto al tipo de discapacidad, es posible observar que un 78,7% registra deficiencia intelectual, un 13,4 % tiene deficiencia múltiple y un 6,0% presenta patología neuro-psiquiátrica.

Los datos referidos evidencian la realidad social de la población con discapacidad grave vulnerada en sus derechos: dependencia institucional y largas permanencias, abandono familiar, delegación del cuidado a terceros, entre otros, probablemente relacionado con estereotipos y prejuicios sociales y otros factores diversos. Lo anterior, consecuencia del enfoque centrado en las deficiencias de las personas (que aún persistiría en algunos sectores de la ciudadanía) y de la situación de pobreza de las familias<sup>21</sup>, no obstante, los esfuerzos realizados desde el Estado. Como es sabido, SENAME ha debido asumir la atención residencial de los adultos con discapacidad cuyas familias no asumieron -o no pudieron asumir- su rol protector y de cuidado.

En efecto, la permanencia en las residencias para discapacidad severa o profunda, con alta dependencia de terceros, es superior a cualquier otra de las modalidades alternativas de cuidado existente en la red de protección de Sename. Es así como, existe actualmente un 69,08% de usuarios mayores de 18 años en esta modalidad de atención<sup>22</sup>, que ingresaron siendo niños/as y son víctimas de abandono total y desamparo de parte de sus redes familiares y sociales, razón por la cual continúan bajo la protección del Estado, no obstante hayan cumplido la mayoría de edad durante la estadía en el centro residencial.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad severa o profunda, con alta dependencia, las graves vulneraciones de derechos tienen connotaciones aún más adversas debido a la mayor indefensión en que se encuentran, al requerir de apoyos mecánicos y/o de adultos para desenvolverse e incluso para sobrevivir.

De acuerdo al Informe Mundial sobre la Discapacidad realizado por la Organización Mundial de la Salud el año 2011, las personas con discapacidad están más expuestas al riesgo de sufrir violencia que las demás. “Se ha demostrado que la prevalencia de abuso sexual contra las personas con discapacidad es mayor, sobre todo en el caso de hombres y mujeres internados con discapacidad intelectual y adolescentes”<sup>23</sup>.

El informe señala también que las personas con discapacidad corren mayor riesgo de sufrir lesiones no intencionales y no mortales como consecuencia de accidentes de tránsito, accidentes domésticos, entre ellos, quemaduras, caídas y accidentes con dispositivos asistenciales.

---

<sup>21</sup> “En la población con condición socioeconómica baja, la discapacidad es dos veces más frecuente que en la población con condición socioeconómica media y alta” Primer Estudio de la Discapacidad en Chile, año 2014.

<sup>22</sup> Información de vigentes en centros residenciales para la discapacidad, Senainfo, enero 2015.

<sup>23</sup> Informe Mundial sobre la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Banco Mundial. Año 2011, capítulo 3.

Así, es posible señalar que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad serán más vulnerables mientras mayor sea su dependencia y necesidad de servicios de apoyo, pues estarán más expuestos al riesgo de aislamiento permanente, accidentes y falta de estímulo, hasta abusos físicos y sexuales.

Por otra parte, ha de tenerse presente que la llegada a una familia de un hijo/a con discapacidad produce desajustes importantes que les obligan a reorganizarse o adaptarse con cierta prontitud; en familias vulnerables esto se agudiza y traduce en estrés. Se debe considerar que la familia es muy probable que experimente lo que algunos autores señalan como “crisis inesperadas”, siendo necesario que vivan un adecuado duelo, el que dependerá de factores individuales, familiares y sociales. El nivel de la crisis, puede llegar a extremos de una división familiar, que a su vez puede implicar una condición predisponente a las vulneraciones de derechos.

A medida que transcurren los años, se logra visualizar avances en materia de discapacidad en el país, no obstante, aún son insuficiente los recursos y oportunidades para personas en situación de discapacidad y sus familias, las que requieren del apoyo ante esta situación que implica la readaptación y reorganización individual y familiar.

Por tanto, Sename asume el desafío de fortalecer este tipo de residencias, incorporando estándares destinados a resguardar que éstas funcionen con las condiciones necesarias para proteger efectivamente a los niños, niñas y adolescentes. Constituye un desafío el mejoramiento de las condiciones y procesos de intervención psico-social desarrollado para su cuidado y ejercicio de derechos.

En consecuencia, esta modalidad de acogimiento residencial debe garantizar la protección de los derechos de los niños/as y adolescentes atendidos, brindando las condiciones materiales y de intervención residencial adecuada, según lo definan las presentes Orientaciones Técnicas. Conjuntamente, debe responder a la necesidad de ofrecer a las familias una oportunidad de cambio y fortalecimiento de su rol.

Finalmente, es posible señalar las **causas de ingreso más frecuentes** de la línea residencial y que para efectos de las presentes Orientaciones Técnicas constituyen las principales vulneraciones que el modelo debe abordar:

**Negligencia Grave:** un niño(a) o adolescente es víctima de negligencia grave cuando las necesidades físicas y psicológicas básicas de éste no son atendidas por periodos prolongados de tiempo por el o los adultos a cargo, en el contexto familiar o institucional. Pueden existir lesiones o daño físico causado directamente por la conducta negligente, o por omisión de cuidados, privación en el desarrollo por insuficiente estimulación o deterioro en el desarrollo intelectual, físico o social, que requieren atención o tratamiento especializado.

**Abandono:** el niño(a) o adolescente es víctima de abandono cuando los padres o adultos a cargo no le proporcionan atención personal o económica por plazo de dos meses, o 30 días cuando se trata de un niño(a) menor de 1 año<sup>24</sup>. Esto le produce un daño severo que compromete seriamente su desarrollo y requiere atención o tratamiento especializado. Esta definición legal, se complementa conceptualizando el abandono también como una

---

<sup>24</sup> Ministerio de Planificación (2007). Modifica normas relativas al subsidio familiar y a la adopción. Artículo primero de la Ley. Disponible en: <http://bcn.cl/1u94j>

forma de que un padre o madre –en ambientes de alta vulnerabilidad y estrés- no logra asumir roles de protección y cuidado diario en la vida de sus hijos.

La desprotección y la separación del niño de la familia es un fenómeno que origina abandono progresivo, lo cual implica prescindir de la presencia física y/o socio afectiva constante de los adultos significativos. El abandono pone en riesgo el desarrollo del niño/a y su estabilidad emocional e incluso su vida, si no se toman las medidas pertinentes y a tiempo, es decir desde el ingreso a la residencia.

**Maltrato Físico Grave:** es una acción no accidental por parte de los padres, madres, cuidadores, otros adultos o de instituciones, que provoca daño físico en el cuerpo del niño(a) o genera enfermedades. Ejemplos: formas de castigo corporal como golpes, quemaduras, azotes, zamarrones, pellizcos, tirones de pelo u otras acciones que causen marcas y/o sufrimiento físico. Un niño, o niña o adolescente es víctima de maltrato físico grave cuando la conducta maltratante ha provocado lesiones en su cuerpo, que se notan o se han notado y además ameritan o ameritaron atención médica. Incluye el síndrome de Münchhausen.

**Maltrato Psicológico:** se califica esta causa de ingreso cuando los adultos a cargo del cuidado del niño, niña o adolescente manifiestan hostilidad verbal hacia éste, a través de insultos, desprecio, crítica, amenaza de abandono, etc. Amerita ingreso cuando este comportamiento del adulto es frecuente, se da una o más veces en la semana, lo que habitualmente va acompañado de otros tipos de malos tratos.

**Testigos de VIF Grave:** la violencia intrafamiliar tipificada como delito por la Ley 20.066, se define como ejercicio repetido de violencia física o psíquica respecto de alguna persona del núcleo familiar. Para apreciar la habitualidad, se atenderá al número de actos ejecutados, así como a la proximidad temporal de los mismos, con independencia de que dicha violencia se haya ejercido sobre la misma o diferente víctima (Art 14 Ley 20.066 de VIF). Incluye niños(as) testigos de femicidio.

**Víctimas de delitos contra su indemnidad sexual:** abuso sexual, violación, estupro, sodomía, explotación sexual comercial, etc.

### III. MODELO DE INTERVENCIÓN

#### a) CARACTERÍSTICAS DE LA MODALIDAD



Las residencias de protección para niños, niñas y adolescentes gravemente vulnerados en sus derechos y discapacidades severas o profundas en situación de alta dependencia - RDG, constituyen una modalidad de atención transitoria para aquellos niños, niñas y adolescentes víctimas de graves vulneraciones de sus derechos, que no cuentan -en lo inmediato- con adultos en condiciones de otorgarles efectiva protección. Esto determina la necesidad de ingresarles a un espacio de protección que interrumpa las situaciones de vulneración que les afectan y donde se desarrollen procesos de intervención dirigidos a la restitución de sus derechos, a la superación de los efectos de las vulneraciones y al logro del egreso desde la residencia a la vida en un entorno familiar de manera estable y protegida (con la familia de origen u otra).

La presente modalidad dispone de un programa adosado para la atención psico-social residencial, mediante el cual obtiene recursos presupuestarios –vía subvención de SENAME- que permiten reforzar esa intervención con el niño, la familia y la comunidad, complementando el trabajo de los/as profesionales, como también a favorecer una mejor coordinación con la red local de salud y servicios sociales que el equipo de la residencial debe gestionar en beneficio de la población atendida.



Se trata de una atención de carácter transitorio. Al respecto, el Comité de Derechos del Niño, ha instado a los Estados a que “utilicen la colocación en instituciones únicamente como último recurso, cuando sea absolutamente necesario y responda al interés superior del niño”, recomendando expresamente que los Estados “impidan la colocación en instituciones exclusivamente con el objetivo de limitar la libertad del niño o su libertad de movimiento”<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> Naciones Unidas. (2007). Observación General N° 9, Los derechos de los niños con discapacidad, CRC/C/GC/9, 27 de febrero de 2007, párrafo 47.

## b) OBJETIVOS

### Objetivo general

Contribuir a la protección y restitución de derechos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad severa o profunda y alta dependencia en situación de grave vulneración de derechos, mediante una intervención residencial transitoria, desarrollada bajo estándares mínimos de calidad<sup>26</sup>.

### Objetivos específicos

1. Asegurar calidad de vida para la satisfacción de las necesidades básicas y bienestar integral de los niños, niñas y adolescentes en la residencia.
2. Disminuir los efectos de las graves vulneraciones de derecho de los niños, niñas y adolescentes, mediante intervenciones acordes a su nivel de desarrollo, características y necesidades, por el equipo residencial y en coordinación con otras instancias de la red local.
3. Lograr la integración familiar estable de los niños, niñas y adolescentes, en contextos familiares protectores<sup>27</sup> o la mantención de los vínculos con familia de origen o extensa o con adultos significativos.
4. Estimular en los niños, niñas y adolescentes la adquisición de destrezas para la autonomía progresiva o disminución de la dependencia de otras personas.

## c) SUJETO DE ATENCIÓN

La modalidad de Residencia RDG está dirigida a la atención de niños, niñas y adolescentes de entre **0 a 17 años 11 meses y 29 días**<sup>28</sup> ingresados con medida de protección judicial en razón de graves vulneraciones de derecho<sup>29</sup>, por las cuales han debido ser separados temporalmente de su núcleo familiar y que presentan además, discapacidad severa o profunda<sup>30</sup> que les dificulta o imposibilita la realización de sus actividades cotidianas, requiriendo de apoyos y cuidados específicos, por parte de terceras personas.

El grado de discapacidad severo o profundo, deberá ser certificado por COMPIN, que es

<sup>26</sup> Estándares mínimos de calidad para la atención residencial. DEPRODE, SENAME 2013.

<sup>27</sup> Se define como “contextos familiares protectores” a aquellos grupos familiares conformados por la familia biológica del niño o por adultos responsables con los cuales la residencia realizó procesos de intervención destinados a la evaluación y fortalecimiento de sus competencias parentales. Considera también a la familia adoptiva.

<sup>28</sup> La Ley Orgánica de SENAME, Decreto Ley N° 2465 del año 1979, en su última modificación de julio del año 2005, establece que “Los menores atendidos por instituciones colaboradoras del Servicio Nacional de Menores y que estén percibiendo la subvención que les otorga la legislación pertinente, seguirán siendo acreedores a dicho beneficio hasta el 31 de diciembre del año en que cumplan 24 años, cuando presenten discapacidad profunda.

<sup>29</sup> Acreditada en la orden de ingreso del tribunal de Familia. Se refiere especialmente si se encuentran en situaciones que pongan en peligro su desarrollo normal, integral y no puedan ser solucionadas por la persona que tenga la obligación de su tuición. ( Art 2º Ley Orgánica de Sename N°2.465

<sup>30</sup> Persona con discapacidad severa: Es aquella que presenta entre 50% y 94% de restricciones en la participación o limitaciones en las actividades propias de su edad a causa de sus condiciones de salud.

a) Persona con discapacidad profunda: Es aquella que presenta entre 95% y 100% de restricciones en la participación o limitaciones en las actividades propias de su edad a causa de sus condiciones de salud.

el organismo encargado de dichas calificaciones<sup>31</sup>. Si al ingreso, un niño, niña o adolescente no cuenta con dicha certificación, se deberá gestionar inmediatamente desde la residencia. En caso que producto de dichos trámites, la calificación resultara con discapacidad leve o moderada, se informará al Tribunal en un plazo de 24 hrs y se solicitará que el niño, niña o adolescente sea trasladado a una modalidad acorde a sus características, preferentemente inclusiva<sup>32</sup> en un plazo no superior a 48 horas de emitida la orden de traslado.

Es relevante señalar que serán residentes sólo niños/as y adolescentes cuyo grado de discapacidad esté certificado como severa o profunda y no por tipo de discapacidad. En otras palabras, no se hará distinción por tipo de discapacidad siempre y cuando de acuerdo a su grado, esté calificada de severa o profunda.

Los sujetos de atención de esta modalidad residencial deben contar con diagnóstico de la discapacidad y estar inscritos en el Registro Nacional de la Discapacidad, según normativa del Servicio Nacional de la Discapacidad, SENADIS.

De preferencia estas residencias no ingresarán sujetos menores de seis años a excepción de que se justifique en consideración a su mejor interés superior y serán objeto de análisis de caso inmediato con la participación de la supervisión técnica de Sename.

Son también sujetos de atención las familias o adultos de referencia de los niños, niñas y adolescentes, con quienes la residencia desarrollará procesos de intervención psico-social a favor de la protección de éstos.

La atención en la residencia no discriminará a los sujetos de atención por su condición étnica, racial, religiosa, de cualquier otro orden.

#### **d) ENFOQUES TRANSVERSALES**

##### **▪ Enfoque de Derechos**

El **enfoque de derechos** de la infancia y adolescencia, enmarcado en los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño y las Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños (Naciones Unidas, 2009)<sup>33</sup>, debe cruzar todo el proceso de intervención con los niños, niñas y adolescentes, sus familias o adultos responsables y la comunidad, desde el ingreso. Por tanto, iluminará la elaboración o profundización del diagnóstico, la planificación, preparación, ejecución y evaluación de respectivo plan de intervención individual, hasta el egreso de la residencia.

Se deberá tener a la vista el interés superior del niño, niña y adolescente con

---

<sup>31</sup> De acuerdo a lo que indica el Decreto 47, el procedimiento para la calificación de la discapacidad, puede ser realizado a solicitud del interesado/a, de las personas que lo representen (en este caso, director/a de la residencia) o de las entidades o que las tengan a su cargo. Las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, y las instituciones públicas y privadas reconocidas por el Ministerio de Salud, podrán efectuar el proceso de calificación de la Discapacidad.

<sup>32</sup> Los niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales, que presenten cualquier discapacidad física, mórbida, sensorial, intelectual o mental, evaluada en rangos discreta o moderada, deben ser incluidos en las residencias de protección con los ajustes razonables que se requieran para ello.

<sup>33</sup> <http://www.directricescuidadoalternativo.org> <sup>33</sup> Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar- RELAF. (2011).

Indicación N° 102. Trabajo en red. Guía de Estándares de Relaf y Unicef, en el contexto de la aplicación de las Directrices de las Naciones Unidas sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños. Argentina.

discapacidad, su derecho a crecer y desarrollar el máximo de sus potencialidades, en contextos protectores y estables, ya sea mediante la reunificación familiar u otra alternativa de acogida permanente, evitando la institucionalización. La modalidad, por tanto, se orienta a restituir el derecho a vivir en familia, como también a gestionar el acceso a las prestaciones requeridas para la restitución de los derechos vulnerados, la resignificación de las experiencias de vulneración y la inclusión familiar y social.

En este sentido, el proceso de intervención de la residencia para discapacidad grave o severa, con alta dependencia, deberá realizarse ubicando al centro de las intervenciones, al niño, niña y adolescente, como sujeto único, actor social y sujeto de derechos, en interacción con su entorno familiar y comunitario, y actuar de acuerdo a los cuatro principios fundamentales de la Convención sobre los derechos del Niño, es decir, la no discriminación (art. 2); la consideración del Interés Superior del Niño (art. 3); el derecho a la vida, supervivencia y desarrollo (art. 6); y el derecho del niño a expresar su opinión y a que se le tenga debidamente en cuenta (art. 12).

Al mismo tiempo la intervención deberá considerar los principios y orientaciones de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ya mencionados precedentemente, que invitan a superar las barreras y actitud del entorno y centrar los esfuerzos en procurar las estrategias de auto-determinación y participación de los niños/as y adolescentes, de forma que se les permita hacer efectivos sus derechos.

La CDPD plantea desafíos especialmente dedicados a los niños/as discapacitados/as, convergente con la CDN, pero con énfasis en su protección, donde la **autonomía progresiva e inserción social**, son imperativos a lograr, respetando el desarrollo evolutivo del niño/a o adolescente, su derecho a preservar identidad, e incluyendo la toma de decisiones relacionadas con ellos/as mismos. Por ello, hace referencia al concepto de “**ajustes razonables**”, entendido como estrategias diseñadas con el objeto de remover obstáculos y realizar las adecuaciones necesarias, para la atención con calidad de los sujetos de atención, las familias y las redes comunitarias<sup>34</sup>.

Por otra parte, pone de manifiesto el **acceso a la justicia**, que se traduce en relevar y proporcionar las facilidades para la representación jurídica y al debido proceso, a la investigación y a la validación como víctimas o testigos, implica también la capacitación de los jueces en esta materia.

La CDPD establece la obligación de los países que ratifican dicha normativa de proteger a los niños/as con discapacidad. Por ello, se consignan los tres compromisos establecidos por el artículo N° 7 de dicha Convención, referido a los niños y niñas con discapacidad junto a otras obligaciones que ratifican mandatos establecidos por la CDN:

---

<sup>34</sup> El artículo 2 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, define Ajustes Razonables como “las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”.

<p><b>1. Los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.</b></p>	<p><b>2. En todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño.</b></p>	<p><b>3. Los Estados Partes garantizarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho.</b></p>
---	---	--

Y agrega derechos importantes respecto a situaciones de vulneración que forman parte de la misión de protección de Sename:

- En su artículo 16, la CDPD se refiere a la **protección contra la explotación, la violencia y el abuso**, estableciendo que las leyes y medidas administrativas deben garantizar el derecho a no ser explotado o sometido a estas situaciones y -en caso que ocurrieran- los países deben promover la recuperación física y psicológica, la rehabilitación y la reintegración de la víctima e investigar los hechos.
- En el artículo 23, párrafo cuarto, insta **que los niños y las niñas con discapacidad no serán separados de sus padres** contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, determinen de conformidad con la ley, que esa separación es necesaria en el interés superior del niño. Luego agrega que en ningún caso serán separados de sus padres debido a una discapacidad de éstos o de los padres<sup>35</sup>. El mismo artículo en su párrafo quinto señala: **“Los Estados Partes harán todo lo posible, cuando la familia inmediata no pueda cuidar de un niño con discapacidad, por proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad, en un entorno familiar.”**
- En el artículo 26, agrega que para que las personas con discapacidad logren **la máxima independencia y capacidad**, mediante servicios amplios de rehabilitación basada en la comunidad y en las esferas de la salud y la educación, promoviendo la **participación en la vida cultural**, la recreación y el tiempo libre, asegurando que las personas con discapacidad gocen de movilidad personal con la mayor independencia posible.

▪ **Enfoque de género**

El **enfoque de género** permite analizar las diferencias entre hombres y mujeres,

<sup>35</sup> Artículo 23. 4: “Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas no sean separados de sus padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que esa separación es necesaria en el interés superior del niño. En ningún caso se separará a un menor de sus padres en razón de una discapacidad del menor, de ambos padres o de uno de ellos.”

distinguiendo las características biológicas de aquellas que son construidas socioculturalmente. Al develar las desigualdades e injusticias en las relaciones entre los sexos, es posible reconocer y proponer cambios en todos los niveles de la vida en común, es decir, desde lo personal hasta lo más general, para construir la igualdad de derechos y avanzar en establecer la equidad.

La aplicación del enfoque de género en las dinámicas de convivencia diaria y trabajo en la residencia, buscará **develar y cuestionar prejuicios y estereotipos que pudieran estar presentes e incidir negativamente en la toma de decisiones**, respecto de los niños/as o sus familias, durante el proceso de intervención.

Cabe hacer referencia a lo indicado por el Comité de los Derechos de Niño, en la Observación General N° 13, que señala lo siguiente: “Los Estados deberían hacer frente a todas las formas de discriminación de género en el marco de una estrategia amplia de prevención de la violencia. Esto significa luchar contra los estereotipos basados en el género, los desequilibrios de poder, las desigualdades y la discriminación, factores todos ellos que contribuyen a perpetuar la utilización de la violencia y la coacción en el hogar, la escuela y los centros educativos, las comunidades, el lugar de trabajo, las instituciones y la sociedad en general. Deben alentarse activamente las asociaciones y alianzas estratégicas entre niños y adultos de sexo masculino, dando a estos, al igual que a las mujeres y las niñas, oportunidades de aprender a respetar al otro sexo y a poner fin a la discriminación de género y sus manifestaciones violentas.”

Al respecto, el padre y madre de un niño/a con discapacidad podrían reaccionar de manera diferente ante su nacimiento. Por ejemplo, uno de ellos (principalmente el padre) podría culpabilizar y hasta abandonar a la pareja, negando toda posibilidad de ajustar los roles y las relaciones de pareja y padres, para el ejercicio conjunto de una crianza positiva. Dichas respuestas podrían aparecer dado el estrés de la situación, pero también de los estereotipos arraigados en la cultura referidos a la validación del poder de los hombres y a la subordinación de las mujeres, aspectos que deben ser considerados como parte de las hipótesis diagnósticas y el encuadre técnico de las intervenciones a realizar.

Es decir, la intervención debe incluir el abordaje de las desigualdades en las exigencias que se plantean a las mujeres (madres, abuelas, tías, hermanas mayores) y hombres (padres, abuelos, tíos, otros) particularmente respecto a la sobrecarga del cuidado diario de los niños/as o adolescentes con discapacidad depositada en las mujeres, favoreciendo el involucramiento de los varones en tareas directas e indirectas relacionadas con el cuidado de éste en la residencia, como en las proyecciones de egreso.

Finalmente, en relación a los datos de la población atendida, la residencia deberá analizar los datos desagregados por sexo de los niños, niñas y adolescentes, como también de los adultos/as familiares o no familiares relacionados. Esto, para identificar posibles diferencias en la percepción de las situaciones de vulneración y factores asociados, a fin de adecuar la intervención en función de lo observado. Por ello, el equipo del proyecto residencial deberá contar con profesionales y técnicos que tengan formación en enfoque de género, ya sea por su propia experiencia laboral o por estudios acreditados, y considerar iniciativas de auto capacitación en el tema, manteniendo una reflexión continua respecto a sus propias creencias de género, expectativas y valores asociados a los roles tradicionales.

## ▪ Enfoque intercultural

La intervención desarrollada en la residencia debe considerar también **el enfoque intercultural** para promover y facilitar la integración social de los niños/as y adolescentes inmigrantes o pertenecientes a pueblos originarios y contribuir a un ejercicio efectivo de sus derechos, respetando su identidad, cosmovisión y diferencias culturales.

El concepto de interculturalidad hace referencia a la relación e intercambio entre distintas culturas con el mutuo enriquecimiento de quienes comparten y coparticipan en una relación horizontal, respetándose mutuamente sus historias y saberes, lo que va más allá de la multiculturalidad asociada a la presencia de varias culturas sin relación y profundización entre ellas<sup>36</sup>.

Por tanto, las intervenciones con perspectiva intercultural deben diseñarse y ejecutarse con el reconocimiento de la identidad cultural de niños/as y adolescentes y sus familias, sus particulares vivencias individuales, familiares, culturales y sociales, sus trayectorias, la pérdida de vínculos y personas significativas, la integración a nuevos territorios y contextos.

La diversidad cultural existente en nuestro país, unida a la realidad de las migraciones ha desarrollado avances en materia de derechos que plantean importantes desafíos para los proyectos que están entregando los servicios sociales de bienestar y protección social del Estado y por ende para la materialización de las mismas en estrategias de intervención.

Uno de los aspectos en que esto debe verse reflejado es en la consideración respetuosa del enfoque intercultural, por el cual entendemos no sólo la convivencia de diferentes grupos culturales, etnias, migrantes, en espacios sociales comunes, sino que éstos se enriquezcan mutuamente, permaneciendo conscientes de su interdependencia y de la valoración de sus raíces.

Como aspecto relevante es necesario indicar que el enfoque intercultural contiene anclaje jurídico en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, la cual establece en varios de sus artículos los derechos que portan niños y niñas y que deben ser garantizados en el quehacer del Estado.

El artículo N° 2 plantea: “se respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales, y se 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 sus tutores o de sus familiares”.

Asimismo, el artículo N° 8 establece la necesidad de “respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas”. Los artículos N° 14 y N° 30 precisan el

---

<sup>36</sup> Hidalgo, V. (2005). “Cultura, Multiculturalidad, Interculturalidad y Transculturalidad: Evolución de un Término”, En *Revista Universitas Tarraconensis*, Revista de Ciencias de la Educación. , N° 1, 2005, págs. 75-85 España.

derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, e indica: “los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personas de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena el derecho que le corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma”.

Mediante el Estudio realizado por SENAME el año 2009<sup>37</sup> en los centros residenciales se pudo constatar la ausencia de experiencia y conocimiento en materia de interculturalidad y/o práctica de los derechos culturales y lingüísticos de los niños y niñas indígenas, principalmente mapuches, usuarios de la línea residencial, en particular en las regiones del sur de Chile y Araucanía. Asimismo, la realidad del país indica la presencia creciente de familias y niños/as migrantes de países vecinos, de etnias específicas, de pueblos gitanos y originarios.

De esa forma, la intervención de los centros residenciales, debe contemplar la incorporación de este enfoque, considerándolo una categoría de análisis complementaria al momento de levantar el diagnóstico y el plan de intervención de los niños/as. Y durante toda la estadía, facilitando y propiciando la mantención de su cultura. En consecuencia, esta realidad debe permear y movilizar a los equipos encargados de la intervención, en las respuestas al derecho de mantener la pertinencia cultural de su familia de origen y particularmente cuando los niños/as o adolescentes se auto-identifican como pertenecientes a un grupo étnico-cultural.

Lo explicitado implica un desafío para los equipos en el sentido de contar con “facilitadores interculturales” al interior de los equipos, en especial en los centros que están más cercanos a territorios indígenas. En caso de contar con estos facilitadores, será necesario que al menos un miembro del equipo tenga capacitación o especialización en trabajo intercultural.

Como recomendaciones generales para aplicar<sup>38</sup>:

- Que la familia y/o adultos de referencia sean consultados sobre pertinencia étnica y su vinculación con el medio étnico-cultural del cual procede. Por ejemplo: asistencia a celebraciones, participación en el estudio de su lengua, etc.
- Facilitar a los adultos la continuidad de la socialización, del niño/a o adolescente respetando los patrones culturales propios de su etnia.
- Que si procede, el centro residencial tome contacto con organizaciones indígenas o CONADI, a fin de contribuir al conocimiento de las prácticas de crianza versus el respeto a los derechos de los niños/as y adolescentes en residencia.

Todo lo anterior, en el marco del Convenio N° 169 de la OIT<sup>39</sup>, ratificado por Chile en septiembre de 2008, el cual señala que los Estados tienen el deber de adoptar medidas especiales para salvaguardar las personas, las instituciones, los bienes, el trabajo, las culturas y el medio ambiente de los Pueblos Indígenas, con el consentimiento indígena y

---

<sup>37</sup> Estudio: “La realidad de niños, niñas y adolescentes de pueblos indígenas residentes en centros para mayores del SENAME”. SENAME / Universidad de la Frontera (2009).

<sup>38</sup> Estas recomendaciones se relacionan principalmente con la familia, en consideración al nivel de discapacidad severo o profundo que presentan los niños/as y adolescentes, lo que significa que habitualmente no se comunican verbalmente. Sin desmedro de ello, el equipo técnico puede generar estrategias para comunicarse con ellos/as, en base a lo cual desarrollar la intervención que considere el enfoque intercultural.

<sup>39</sup> Organización Internacional del Trabajo. (1989). Convenio N°169, Ginebra. Disponible en:

[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---normes/documents/publication/wcms\\_100910.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/publication/wcms_100910.pdf)

sin discriminación. Asimismo, aspira al mejoramiento continuo de las condiciones de vida y de trabajo, y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, enfoque que debe ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan.

Asimismo, la Ley Indígena establece el deber “de la sociedad en general, y del Estado en particular, a través de sus instituciones, en respetar, proteger y promover el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades, adoptando las medidas adecuadas para tales fines”<sup>40</sup>.

En relación a la situación de **población inmigrante**, se debe incorporar una mirada transnacional de los procesos de socialización de ésta; profundizar en el conocimiento de la historia individual, familiar y social del niño/a o adolescente. También deberán revisarse las vulneraciones, como exclusión y estigmatización, que podrían haber vivido en nuestro país. Los niños, niñas y adolescentes deben ser reconocidos como parte de un contexto familiar y de una cultura que modelan su desarrollo personal y social.<sup>41</sup>

En la evaluación para una posible reunificación familiar, cabe explorar cómo vivió el niño, niña o adolescente inmigrante la separación de su madre/padre, cuánto tiempo están o estuvieron separados, con quién vivió, si fue aquella una figura protectora, si se consideró su opinión al momento de la separación, entre otras interrogantes que orienten el diagnóstico y posteriormente el diseño de un plan de intervención que contribuya a la integración y convivencia con pares y adultos, comprendiendo y aprehendiendo de su propia cultura y del país y/o comunidad en que se insertan, todo esto en consideración a las capacidades del sujeto de atención.

En cuanto a información de los niños/as y adolescentes inmigrantes, siempre deberá verificarse si cuentan con cédula de identidad de extranjero residente y con certificado de nacimiento de su país de origen; autorización de salida del país (en el caso que se encuentre con uno de sus padres o con otro adulto); la situación migratoria de su familia (si cuenta cada miembro con visa de residencia o no), entre otros antecedentes básicos.

Igualmente, es relevante considerar que SENAME dispone de un Convenio de Colaboración con el Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior, que establece el compromiso de SENAME para el ingreso oportuno de niños, niñas y adolescentes migrantes al sistema de protección -cualquiera sea la condición migratoria en que estos se encuentren- y para apoyar la gestión necesaria para la resolución de residencia de aquellos/as que no se encuentren acompañados por padre, madre o tutor, o estén en procedimiento de adopción. Por su parte, el Departamento de Extranjería y Migración se compromete, entre otras materias, a regularizar la situación de aquellos/as que estén en situación migratoria irregular y se encuentren en alguno de los establecimientos o programas de la red de protección de SENAME.

La residencia debe garantizar condiciones de igualdad de derechos para niños, niñas y adolescentes inmigrantes, atendiendo sus ingresos del mismo modo que en el caso de niños/as y adolescentes chilenas, y proceder de acuerdo a lo instruido por SENAME al

---

<sup>40</sup> Ley 19253. Establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena.

<sup>41</sup> Fuenzalida, S., Valenzuela, y Rubio, P. (2013). *Guía sobre derechos de infancia e interculturalidad para uso docente*. UNICEF, Carabineros de Chile, Universidad Central. Disponible en: <http://unicef.cl/web/guia-sobre-derechos-de-infancia-e-interculturalidad/>

respecto, es decir:

“El ingreso de un niño, niña o adolescente extranjero a la Red de atención de SENAME , cualquiera sea la causa de ingreso, debe ser atendido al igual que todo caso de protección de derechos de un niño/a chileno/a, y debe ser comunicado por los Centros o programas dentro de las 48 horas siguientes a su ingreso, a la Unidad de Relaciones Internacionales, con copia al Departamento de Protección de Derechos de la Dirección Nacional o al Departamento de Justicia Juvenil, y a las respectivas unidades regionales de ambas áreas, según corresponda, independiente de su nacionalidad o situación legal en Chile. Esta comunicación debe incluir la información básica de la cual se dispone en ese momento: identificación del niño/a o adolescente; causa de ingreso; lugar de ingreso (especificar Centro), quién ordena el ingreso y toda información que pueda ser útil para su identificación, en caso de no tener documentos de identidad”<sup>42</sup>.

Por otra parte la residencia deberá tener presente, para su gestión con adolescentes inmigrantes y nacionales, los procedimientos relativos a la detección de posibles víctimas de trata -con fines de explotación sexual o trabajo forzoso-, elaborados en el año 2015 por el Departamento Protección y Restitución de Derechos del SENAME.

#### **e) TRABAJO DE REDES (INTERSECTORIALIDAD Y CIRCUITO DE PROTECCIÓN ESPECIAL)**

En el contexto de la co-responsabilidad de garantizar los derechos de la niñez y adolescencia con discapacidad y vulneraciones de derechos - que le compete a la sociedad en general y en particular al Estado a través de las instituciones públicas - el equipo de la residencia debe desarrollar de manera directa y también en un trabajo articulado con otros, intervenciones dirigidas a interrumpir las situaciones que afectan a los sujetos de atención y que determinaron la medida de protección judicial. Así también, disminuir los efectos de esas vulneraciones y garantizar la protección efectiva de los niños, niñas y adolescentes al egreso, en particular contar con condiciones para el ejercicio de cuidados parentales apropiados en contextos de convivencia familiar y sociocomunitaria, con los ajustes razonables posibles. Particular importancia reviste la coordinación con Tribunal de Familia y Registro Civil, a fin de que se cuente en tiempo breve con el informe de redes familiares (o informe de vínculos) del niño/a, que permita resolver la existencia de los familiares que puedan constituir una alternativa de egreso y cuidado permanente una vez realizada la intervención.

La labor de la residencia deberá considerar interacciones sistemáticas con las instituciones e instancias que otorgan prestaciones universales o específicas para la discapacidad o determinan el acceso a bienes para la población atendida y sus familias o adultos relacionados o de referencia (consultorios de salud, ONGs, municipios, otros), como también con los programas de la red SENAME de diagnóstico, prevención, y protección especializada (Oficinas de Protección de Derechos, Diagnóstico Ambulatorio, Programas Ambulatorios de Discapacidad, Programas Prevención Focalizada, Programas de Reparación del Abuso Sexual y Maltrato Físico Grave, entre otros), de acuerdo a la evaluación de cada caso, y los requerimientos del Plan de Intervención Individual correspondiente.

---

<sup>42</sup> Oficio Circular Nº 010 de fecha 18.10.2010 que informa a las Direcciones Regionales SENAME procedimiento sobre la gestión de casos de niños, niñas y adolescentes extranjeros



El trabajo en red será parte de la formulación de los Planes de Intervención Individual, donde se deberán consignar las acciones complementarias con programas y servicios de la red local, para los fines antes señalados.

Por tanto la residencia, mediante el profesional trabajador/a social, realizará las **gestiones con las redes** de salud, educación y otras que resulten pertinentes para concretar el acceso de los niños, niñas y adolescentes a las prestaciones y espacios de socialización acordes a su edad y necesidades. Al respecto, la Guía de Estándares de las Directrices de Cuidado Alternativo, señala:

“Las residencias de acogida se vincularán con todos los servicios, planes y programas tanto de organizaciones no gubernamentales como estatales que fueran útiles y necesarios para el tratamiento que niños, niñas y adolescentes allí alojados, para lograr su reinserción familiar y comunitaria, considerando no sólo a la familia de origen, sino también a la familia ampliada y a los referentes comunitarios. También vincularán a la familia y a niños, niñas y adolescentes que se reintegran a las mismas con todo programa y/o recurso disponible”<sup>43</sup>.

En concordancia, la residencia desarrollará gestiones sistemáticas para la **activación de las redes intra y extra Sename y servicios sociales**, que entreguen subsidios y apoyos a los adultos responsables para que puedan asumir el cuidado en el domicilio y generar así las condiciones para la reinserción familiar de la población atendida. Para evitar el daño ocasionado por la institucionalización prolongada **se privilegiará el traspaso de niños/as en primera infancia, en especial menores de seis (6 años), a programas de cuidado alternativo familiar (FAE) de administración directa o de la red de colaboradores**. La gestión con la red de servicios sociales y especializados a nivel local estará liderada por

<sup>43</sup> Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar- RELAF. (2011). Indicación N° 102. Trabajo en red. Guía de Estándares de Relaf y Unicef, en el contexto de la aplicación de las Directrices de las Naciones Unidas sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños. Argentina.

todo el equipo, pero en particular por el/la profesional Trabajador/a, para conectar a la población atendida y sus familias con todas las instancias a las que les compete entregar determinados bienes y prestaciones, en el ámbito de la salud, educación, atención de la discapacidad, y otros.

Conjuntamente, los profesionales abocados a fortalecer física y emocionalmente a los niños, niñas y adolescentes, según el tipo de discapacidad y los niveles de desarrollo que alcanzan, deberán gestionar prestaciones complementarias (tales como kinesiólogo y terapeuta ocupacional u otro), pudiendo vincularse con los servicios que ofrece el Instituto Teletón. Ya sea para apoyar las terapias que los niños/as reciben en dicha institución o para recibir capacitación en procedimientos y ejercicios a aplicar con la población atendida en la residencia.

El equipo de la residencia deberá disponer de un **catastro completo y actualizado periódicamente** sobre la oferta sectorial del territorio en el cual le corresponderá actuar. Además, desarrollar estrategias orientadas a establecer y/o afianzar alianzas estratégicas, que aúnen esfuerzos en posicionar la necesidad de respuestas inmediatas del intersector (salud, educación, vivienda, trabajo, protección social, Chile Crece Contigo, SENADIS, FOSIS, SENCE, entre otros); para los niños, niñas, adolescentes y sus familias.

Por otra parte, será fundamental la articulación intersectorial con actores competentes en la temática - como SENADIS y otras instancias del sistema de protección social, del sector salud y otros - en función de la ya mencionada situación **de la población adulta** vigente en estas residencias de protección para la infancia y adolescencia vulnerada con discapacidad; resultado del nudo crítico respecto de las largas permanencias de la población atendida. Esto refleja el abandono funcional del cual son víctimas los niños, niñas y adolescentes por parte de sus familias, no pudiendo superarse las vulnerabilidades que les afectan, de forma que las familias puedan recuperar el cuidado con los soportes sectoriales adecuados.

En específico, se deberá concretar como mínimo lo siguiente:

- Gestionar el traslado o inscripción de cada niño, niña o adolescente que ingrese a la residencia en el **Consultorio de Salud Primaria** que corresponda, asegurando la entrega o continuidad de las prestaciones de salud en el sistema público, acordes a sus requerimientos y necesidades especiales. Esto, en tanto la puerta de entrada a la atención de salud pública es la atención primaria, a partir de los controles de salud periódicos, desde donde es posible la derivación a la atención en diversas especialidades médicas, como salud mental, fisioterapia, patologías o enfermedades de diverso tipo, y de esta forma asegurar el acceso a tratamientos en los Centros de Atención Hospitalaria, de acuerdo a las normativas vigentes por el Ministerio de Salud. La población lactante y preescolar deberá continuar participando del Sistema Chile Crece Contigo, complementado su atención con el apoyo de los educadores/cuidadores de la residencia en el ámbito de la estimulación y otras recomendaciones técnicas entregadas por el personal de salud; para ello se sugiere conocer la información y material técnico publicado en la web de CHCC específico para niños de primera infancia y discapacidad.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> <http://www.crececontigo.gob.cl/adultos/ninos-y-ninas-con-necesidades-especiales/estimulando-al-nino-o-nina-con-discapacidad-fisica/> y <http://www.crececontigo.gob.cl/adultos/ninos-y-ninas-con-necesidades-especiales/desarrollo-intelectual/>

De esta forma es que el acceso a las diversas prestaciones de salud y servicios médicos oportunos de niños, niñas y adolescentes en todos sus niveles debe cumplirse por parte de la residencia, a través de la debida coordinación y vinculación con el sistema de salud. Sin perjuicio de lo anterior, y en caso excepcional, cuando no exista una respuesta oportuna desde los servicios de salud, el organismo colaborador podrá financiar la atención requerida con recursos propios o de la subvención que entrega Sename.

- **Escolarización especializada o diferencial** de acuerdo al tipo y grado de discapacidad y necesidades que presente cada niño, niña o adolescente.

- El Servicio Nacional de la Discapacidad, **Senadis**, otorga beneficios a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad atendidos en el ámbito residencial, que requieran del financiamiento total o parcial de ayudas técnicas para mejorar su funcionalidad y autonomía personal. El procedimiento para acceder a dichas ayudas se encuentra disponible en la página web de Senadis, como también para la posibilidad de adherirse a fondos concursales para proyectos inclusivos. Para ello, se debe asegurar que los niños, niñas y adolescentes usuarios de esta modalidad residencial, **cuenten con la Credencial de la Discapacidad** y que se encuentren **inscritos en el Registro Nacional de la Discapacidad**.

En caso que la condición de discapacidad severa o profunda y situación de alta dependencia resulte evidente, pero no esté calificada y certificada, el Organismo Colaborador a cargo de la residencia deben dirigirse a la COMPIN o bien al Consultorio respectivo para retirar el Formulario de Solicitud de Evaluación de la Discapacidad a ser completado y firmado por un médico tratante, para luego ser presentado ante la COMPIN. Esta entidad evalúa el caso y certifica el grado de discapacidad del niño, niña o adolescente. Luego, envía el certificado al Servicio de Registro Civil y entrega al solicitante una copia de los antecedentes enviados. Cuando está calificada y certificada la condición de discapacidad de la persona, el Servicio de Registro Civil inscribe a la persona en el Registro Nacional de la Discapacidad. Finalizado este trámite, la persona con discapacidad recibe una credencial de discapacidad, que indica el tipo y grado de discapacidad que presenta.

La residencia debe registrar en Senainfo (según los plazos establecidos en el instructivo de este sistema) el tipo y nivel de discapacidad acreditada, ya sea al momento del ingreso a la residencia - si se cuenta con esta certificación – o posteriormente, cuando se acredite por el COMPIN, producto de gestiones de la residencia. No obstante lo anterior, mientras se tramita la calificación y certificación en el COMPIN, se debe registrar de igual manera en SENAINFO, el tipo y grado de discapacidad estimado, la que debe ser modificada o ratificada como se indicó recientemente.

Se hará uso del **convenio vigente entre FONASA y SENAME** para las Residencias de Protección administradas por instituciones colaboradoras, que permite que los niños, niñas y adolescentes usuarios de esta modalidad puedan ser asimilados al **Tramo A de Fonasa**, en aquellos casos que carezcan de protección de salud, según los criterios de carencia de recursos determinados en la reglamentación vigente<sup>45</sup>. El Tramo A implica contar con atención gratuita en aquellos recintos de salud pública que les correspondan de acuerdo al lugar de residencia. Asimismo, coordinación con las instancias municipales pertinentes para facilitar la aplicación de la nueva Ficha **Registro Social de Hogares** y el acceso a sus prestaciones y subsidios.

En aquellos casos que corresponda, se considera también el Inicio de causas de **susceptibilidad de adopción**, las que deben ser coordinadas con la correspondiente Unidad Regional de Adopción (UADOP). Se considerará la opinión de Uprode para aquellos niños/as sin visitas de la familia (durante 30 días en menores de un año y dos meses en mayores de esa edad), también los casos sin avances en la intervención con familiar, y que

---

<sup>45</sup> Fonasa asimila a los NNA al tramo A en forma automática una vez cumplido el requisito de ingreso de éstos a SENAINFO

sea verificable la intervención desarrollada por el equipo residencial con la familia<sup>46</sup>.

Ante situaciones de niños, niñas y adolescentes víctimas de una **vulneración de derechos constitutiva de delito**, se debe iniciar denuncia en Fiscalía e informar al Tribunal de Familia y a SENAME. Luego, mantener comunicación con respecto del curso de la acción penal y acciones de coordinación necesarias, así como con la Unidad de Atención a Víctimas y Testigos del Ministerio Público, y con el Programa de Representación Jurídica u otro partícipe en la causa.

Se debe considerar que SENAME ha intencionado el acceso preferente a su red programática ambulatoria, de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en protección residencial, por lo que es necesario que la residencia trabaje de manera coordinada con estos apoyos, sustentando así de mejor forma la intervención. Las prestaciones de acceso posibles de complementar con la labor de la residencia, son las siguientes:

**Programa de Representación Jurídica (PRJ).** Los proyectos PRJ pueden colaborar defendiendo a los niños, niñas y adolescentes en causas constitutivas o no de delito, mediante la representación jurídica ante Tribunales de Familia, Tribunales con competencia en lo penal y Tribunales Superiores de Justicia. También, asesorar legalmente a los equipos técnicos de residencias, en aspectos legales, principalmente para favorecer la transitoriedad de la estadía. La solicitud de atención puede ser emitida por el Tribunal de Familia, pero también por los mismos niños, niñas y adolescentes que espontánea y voluntariamente hagan la respectiva solicitud al PRJ o por sus padres, familiares o adultos significativos, siempre que se cumplan con las condiciones para ser sujetos de atención (Bases Técnicas 2015/Programa de Representación Jurídica, PRJ).

**Programas de Reparación en Maltrato (PRM).** Los proyectos PRM pueden colaborar en materia reparatoria con los niños, niñas y adolescentes que han sufrido maltrato físico o psicológico grave y/o agresión sexual, situación que además califica -en términos judiciales-, como un hecho constitutivo de delito, siendo la prioridad brindar atención a usuarios/as de residencias. La solicitud de ingreso puede provenir desde Tribunales de Familia o Fiscalías o desde las Direcciones Regionales, bajo el enfoque de circuito de protección especializada. Todo niño, niña y adolescente en esta situación puede ser ingresado/a al proyecto, cuente o no con los informes periciales correspondientes (Orientaciones Técnicas 2015/ Programa Maltrato y Abuso Sexual Grave, PRM).

**Programa de Protección Ambulatorio para la Discapacidad (PAD).** Los PAD pueden evitar la internación prolongada y apoyar el egreso asistido de los niños/as y adolescentes que por su situación de vulneración de derechos y presencia de necesidades especiales en los ámbitos intelectual, físico, sensorial, de salud mental u otras, precisen intervenciones en el ámbito del acompañamiento psico-social, y/o atención de reparación entendida como una respuesta destinada a la re-significación de vivencias de violencia y malos tratos o de las familias frente a las dificultades para ejercer el rol parental de cuidado.

**Programas de Reparación de la Explotación Sexual Comercial (PEE).** Los proyectos PEE pueden otorgar atención especializada en casos de víctimas de este delito en cualquiera de sus formas (explotación sexual comercial infantil y adolescente, turismo sexual, trata de personas con fines sexuales y pornografía infantil), mediante procesos de

---

<sup>46</sup> El equipo debe tener conocimiento de la Ley 19.620. En este punto, especialmente su artículo 12.

intervención en los que se integra a las familias y adultos relacionados a fin de evaluar y fortalecer sus capacidades protectoras (Orientaciones Técnicas 2015/Programas de Protección Especializada en Explotación Sexual Comercial Infantil y Adolescente, PEE).

**Programas de Prevención Focalizada (PPF).** Los proyectos PPF pueden colaborar en función de favorecer el egreso asistido de los niños, niñas y adolescentes, para recuperar su derecho a vivir en familia, toda vez que trabajan para la restitución de derechos vulnerados y fortalecimiento de las competencias de cuidado y crianza de las familias y/o adultos significativos, cuando existen condiciones para ello. El ingreso se puede gestionar desde los propios equipos residenciales, ya que se admite derivación de la Red SENAME; también por demanda espontánea o detección directa del equipo interventor (Orientaciones Técnicas 2015/ Programa de Prevención Focalizada, PPF).

**Programas Integrales Especializados (PIE).** Los proyectos PIE pueden colaborar con intervención especializada cuando los niños, niñas y adolescentes presentan vulneraciones crónicas y problemas de integración social, como: transgresión de derechos de otras personas (adolescentes inimputables), consumo de drogas, deserción escolar y/o prácticas abusivas de carácter sexual. Los/as adolescentes que se encuentran en residencias y/o presentan prácticas abusivas de carácter sexual son prioridad de ingreso a la intervención de los PIE, de no existir oferta especializada en la materia. El ingreso puede solicitarlo el director/a de la residencia o por requerimiento de SENAME o de los Tribunales de Familia (Orientaciones Técnicas 2015/Programas de Intervención Integral Especializada, PIE).

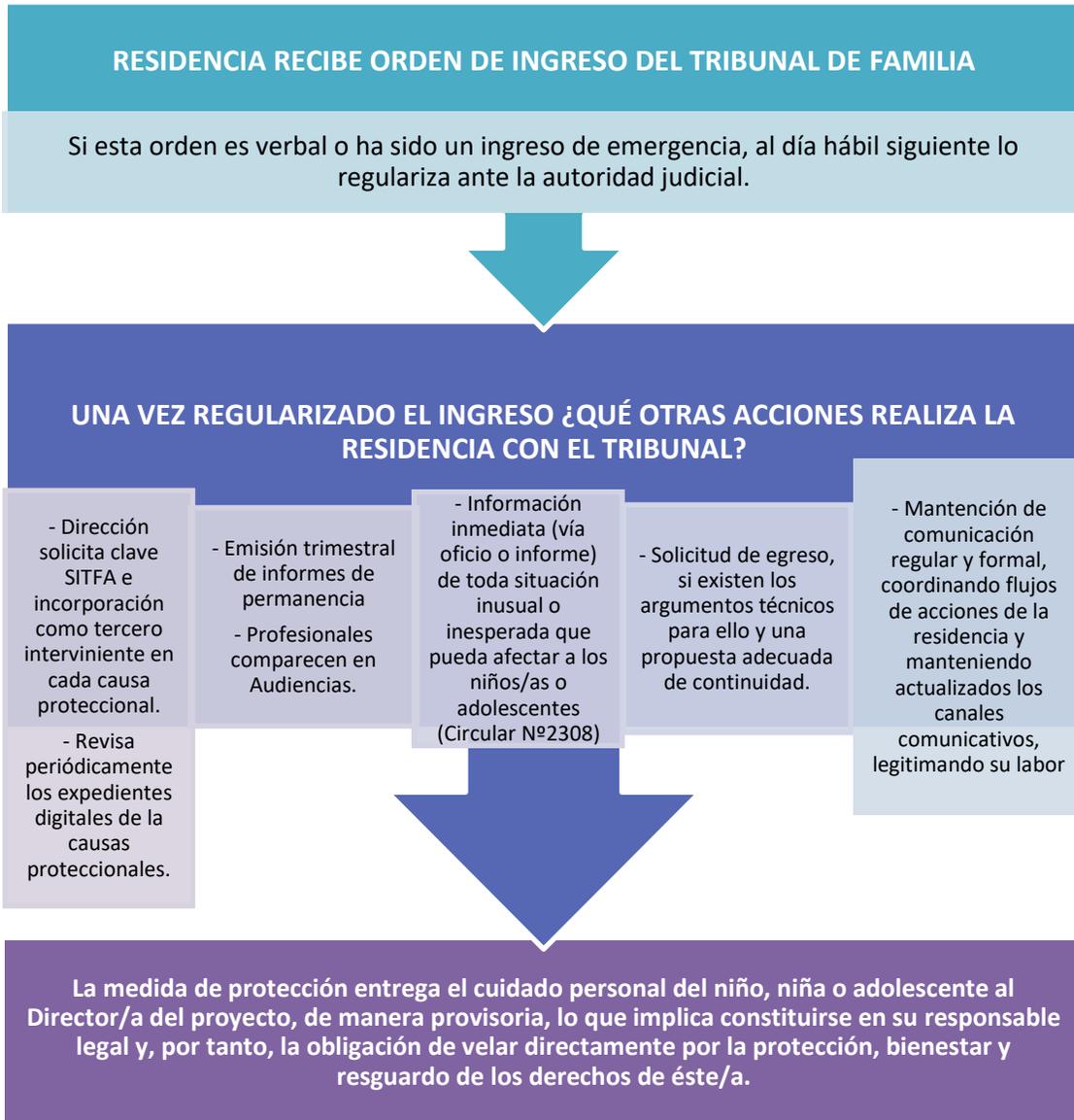
**Programa de Familias de Acogida Especializada (FAE).** Los proyectos FAE -también de cuidado alternativo para niños/as y adolescentes separados judicialmente de su medio familiar de origen- pueden colaborar con la residencia, integrándolos a una familia de acogida -cuando existen las condiciones- con algún adulto de su familia extensa u otra, que el programa pudiese ofrecer como idónea para brindar los cuidados y protección necesarias para este/a, dando continuidad a la intervención psicosocial. La vía de ingreso será siempre a través de Tribunales de Familia.

**Diagnóstico Ambulatorio (DAM).** Los proyectos DAM pueden haber realizado diagnóstico psicológico, social o psicosocial e informe de competencias parentales previo al ingreso del niño, niña o adolescente, lo que el equipo de la residencia debe incorporar en su trabajo. Así también es posible que el ingreso se produzca sin diagnóstico previo y el Director/a de la residencia estime necesario solicitar al Tribunal de Familia la derivación al DAM, para contar con una evaluación pericial requerida en las materias especificadas en las Orientaciones Técnicas DAM, 2015.

El profesional Trabajador/a Social de la residencia deberá mantener actualizada toda la oferta existente en el espacio territorial en que se emplaza la residencia, con la información referida a los servicios y beneficios sociales disponibles para los niños, niñas, adolescentes y sus familias, a los que tienen derecho y específicos para la discapacidad. Ello implica también la gestión de todo el equipo residencial y la participación de profesionales en las mesas y redes locales.

Asimismo, es deber de la residencia explorar todas las alternativas de derivación a proponer al Tribunal de Familia, para asegurar la protección en familia y comunidad como también dar seguimiento a los procesos desarrollados en las instancias de derivación que pudieran llegar a concretarse.

f) **VÍAS DE INGRESO**



**IV. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL**

El proceso de intervención se inicia en el momento que el equipo toma conocimiento de la Orden de Ingreso judicial que decreta la protección residencial de los niños, niñas o adolescentes a la residencia y finaliza cuando el Tribunal de Familia dicta la correspondiente Orden de Egreso.

Técnicamente, todo este proceso se ejecuta a través de diversas fases o etapas que progresan en un continuo de intervención (ingreso–intervención–egreso), definido como integral y psico-social, que se desarrolla desde una perspectiva eco-sistémica, con los niños, niñas, adolescentes, la familia y la comunidad, apuntando al logro de los objetivos específicos declarados para esta modalidad programática.

Las presentes orientaciones explicitan los lineamientos técnicos para implementar este ciclo de intervención, en la modalidad RDG, considerando los enfoques transversales antes descritos; los estándares mínimos de calidad socializados por SENAME a partir del

año 2009 - que establecen los contenidos y resultados mínimos esperados de los servicios prestados en las residencias de protección, a fin de encuadrar y homologar condiciones de calidad aceptables para todos los usuarios/as - y los protocolos de actuación para la atención residencial, que operacionalizan estos estándares.

Los Estándares y Protocolos, que complementan las presentes Orientaciones Técnicas, forman parte de la modalidad de atención residencial y por tanto deben ser conocidos y aplicados en el funcionamiento de los equipos a cargo, en cada uno de los proyectos residenciales.

#### a) LA RESIDENCIALIDAD COMO SUSTENTO A LA INTERVENCIÓN PSICO-SOCIAL

La residencia RDG debe proveer las condiciones necesarias de protección que posibiliten el cumplimiento de los compromisos establecidos con SENAME, para desarrollar la intervención psicosocial y alcanzar los objetivos propuestos, reconociendo el impacto que las graves vulneraciones y la separación de la familia de origen han producido en los sujetos de atención, a quienes la discapacidad aumenta su vulnerabilidad. Por tanto, se deberá trabajar para que las rutinas, trato y convivencia en la residencia, vaya configurando para ellos un lugar de cuidados, confianza, tranquilidad, y estadía protectora.

El equipo profesional deberá velar por el desarrollo de una rutina que contemple la participación de los niños/as y adolescentes - dentro de sus posibilidades - en actividades individuales y grupales de la vida diaria, que los estimulen en los diversos ámbitos del desarrollo, particularmente la autonomía progresiva (de acuerdo al tipo y grado de discapacidad) y que contribuyan a lograr una calidad de vida digna, no obstante, el eventual detrimento que la discapacidad pudiese afectarles progresivamente.

Los niños/as y adolescentes con afectación severa, requieren por una parte de la ayuda de sus tutores/cuidadores y/o ayuda técnica, y también de una relación con otros actores de la residencia y comunidad, apuntando a vivir experiencias participativas y de integración, en tanto, la **inclusión social**, es uno de los componentes fundamentales del actual modelo de comprensión de la discapacidad.

En todos sus ámbitos, la residencia funcionará como un contexto que contribuye al desarrollo integral (intelectual, social y emocional) de los niños, niñas y adolescentes, facilitando los procesos de intervención psicosocial con éstos y sus familias o adultos relacionados:

---

**Condiciones favorables para el desarrollo de los procesos de intervención en la residencia:**

Recursos humanos y materiales que contribuyan a la generación de un ambiente bien tratante y de atención personalizada, con reconocimiento y respeto de la individualidad, privacidad y requerimientos de la vida diaria que presente cada niño, niña o adolescente según su discapacidad

---

Disposición permanente del equipo a cargo, al diálogo acogedor y a dar apoyo a cada niño, niña o adolescente que lo requiera.

---

Organización de los espacios y mobiliario de forma que cada niño/a o adolescente pueda tener su vestuario y objetos personales requeridos para su cuidado. Todo el vestuario y calzado debe ser individual, personalizado, acorde a la talla y verificado en su calidad y uso por parte del equipo de la residencia. También es posible que las familias aporten con estos insumos, de acuerdo a sus posibilidades.

---

Participación de los niños/as o adolescentes según sus posibilidades o de sus familiares o adultos relacionados en la ornamentación de los espacios personales de la residencia.

---

Cualquier solicitud de cambio de dormitorio por parte de los niños/as y adolescentes o de quienes lo representen es analizada de inmediato, a fin de aceptarla cuando sea posible.

---

Disposición de lugares acogedores y seguros para atender las visitas.

---

Realización de actividades de recreación y socialización de manera segura y acordes a la edad, características, necesidades especiales de la población atendida, posibilitando salidas a plazas, parques, cine y otros espacios del barrio, efectuar compras en el comercio establecido, otras.

---

En el caso de enfermedad o dieta, existen variaciones en los alimentos cotidianos, las cuales son autorizadas por personal de salud o por el personal capacitado de la residencia, cuando se trata de enfermedades corrientes que no requieren prescripción médica.

---

Los niños/as y adolescentes, según sus posibilidades o los adultos relacionados que lo representen pueden presentar sus reclamos, denuncias y también felicitaciones respecto de la atención residencial, por lo que se les explica el procedimiento respectivo.

---

Se respetan y apoyan las necesidades individuales derivadas de la discapacidad, intereses de género, étnicos, culturales y/o religiosos, de los usuarios/as.

---

Si no se realiza una visita programada con la familia, los niños/as o adolescentes reciben información acerca de lo ocurrido y contención emocional que acoge la expresión de sus sentimientos de frustración, rabia, u otro.

---

Cada niño/a o adolescente recibe información, con los ajustes razonables pertinentes sobre el proceso que el proyecto residencial está realizando con su familia o adultos relacionados.

---

<p>La residencia deberá planificar y desarrollar <b>rutinas diarias</b> que contribuyan al bienestar, participación y satisfacción de necesidades básicas de los niños, niñas y adolescentes, en las que se deberán desarrollar actividades como las siguientes:</p>	<p>Comidas provistas en los horarios, cantidad y forma indicada por profesional del área, con preparación del personal manipulador de alimentos, que debe contar con formación y experiencia.</p>
	<p>Elaboración de un Manual de Convivencia Interna con la participación de los niños/as, según posibilidades, que especifique las rutinas y las normas conocidas por todos y abiertas a sugerencias de cambios o ajustes ante nuevas situaciones o necesidades que surjan, evitando así ambigüedades o decisiones inesperadas.</p>
	<p>El Manual de Convivencia aborda temas de la vida diaria como las necesidades de recreación y descanso, los encuentros con familiares, la asistencia a la escuela, entre otras actividades fundamentales, propiciando una organización consistente de los tiempos y utilización de los espacios, en todo horario en la residencia, incluyendo aspectos como, aseo, higiene, alimentación, estimulación, descanso, etc.. Considera también el apoyo y reforzamiento educativo complementario al nivel de escolaridad, ayuda en tareas, lecturas, utilización guiada de internet, horarios de TV o juegos, como también la participación en actividades acordes a su etapa de desarrollo, en el sistema escolar, el barrio y en otros espacios (por ejemplo, prácticas deportivas, religiosas, recreativas, otras).</p>
	<p>El acompañamiento y supervisión de estas actividades se establece de acuerdo a la edad del niño/a o adolescente y las características particulares de su discapacidad.</p>
	<p>Desarrollo de actividades recreativas y celebraciones de hitos relevantes, tales como cumpleaños, graduaciones, bienvenida a nuevo integrantes de la comunidad residencial o despedidas, u otros. En éstas es posible incorporar a los padres u otros adultos de la familia, de acuerdo a los logros registrados en el respectivo proceso de intervención.</p>
	<p>Disponibilidad de espacios e implementos seguros de juego y estimulación para el desarrollo o mantención de habilidades instrumentales, acordes a las necesidades propias de la discapacidad y etapa de desarrollo de los niños/as y adolescentes. Esto es siempre supervisado por el personal encargado de la residencia.</p>
	<p>La rutina diaria siempre conlleva acciones formativas mediadas por personal adulto que facilitan y refuerzan aprendizajes pro-sociales y preventivos de situaciones de cualquier conducta disruptiva autoinferida o accidental que interfiera en el clima y desarrollo de la rutina diaria de la residencia.</p>
	<p>En el día a día los profesionales apoyan, orientan e interactúan con los educadores/cuidadores, modelando la forma como desempeñan el acompañamiento a los niños, niñas y adolescentes en las rutinas diurnas y nocturnas, de forma que puedan comprender y acoger apropiadamente las conductas que presentan los niños, niñas y adolescentes producto de su situación de vulneración o propias de la discapacidad. A su vez, los cuidadores(as) deben observar y reportar los aspectos relevantes del comportamiento y actividades de los niños, niñas y adolescentes y transmitirlo a los profesionales.</p>

La residencia deberá propiciar el ejercicio de derechos de los niños, niñas y adolescentes, fortaleciéndolos y apoyándolos para su plena participación en la vida familiar y social. En ese contexto, es necesario destacar las acciones dirigidas para garantizar el derecho a la salud y la educación.

### Salud <sup>47</sup>

El acceso a la salud considera a los niños/as y adolescentes desde su llegada a la residencia, durante su estadía y hasta el momento del egreso. Lo anterior incluye acceder a prestaciones de salud primaria o universal, recepción de prestaciones específicas y/o especializadas del ámbito de la salud, de acuerdo a las necesidades individuales de los niños/as o adolescentes vigentes y a su discapacidad, como también de los adultos con los que se trabaja el egreso si corresponde, de forma que accedan a los servicios de salud en respuesta a sus necesidades de atención.

Todos los niños/as y adolescentes deben estar inscritos/as en el consultorio del sector de ubicación de la residencia y el personal deberá resguardar que se cumplan con las citaciones de control respectivo (control de niño/a sano, vacunaciones, control adolescente sano, controles médicos de tratamientos o especialidades, entre otros).

Se deberá concretar el acceso a tratamientos médicos especiales según requerimiento de la discapacidad para esta población, mediante derivaciones desde el sistema de salud público o a través de gestiones con el sector privado. Cabe consignar al respecto que las Directrices de Cuidado Alternativo establecen la **prohibición de utilizar fármacos para controlar el comportamiento de la población atendida o para establecer orden y disciplina**; son usadas únicamente bajo prescripción médica y por necesidades terapéuticas, debidamente diagnosticadas y tratadas<sup>48</sup>.

El personal de la residencia debe velar diariamente por el resguardo de los medicamentos y el control de la vigencia de los mismos. Por ello, el personal de la residencia sólo administrará los medicamentos y otros tratamientos para enfermedades diagnosticadas, llevando riguroso registro y verificadores por escrito de ello y con autorización médica, de acuerdo a procedimientos formales dados por escrito y a cargo de personal idóneo.

El recurso humano del establecimiento debe contar con capacitación y entrenamiento práctico en primeros auxilios y en técnicas de reanimación, debiendo la residencia favorecer instancias de actualización y refuerzo de los mismos.

El equipo profesional deberá diseñar y realizar talleres para los niños, niñas y adolescentes de **educación sexual y otras temáticas**, con metodologías acordes a la etapa de desarrollo e intereses, realizando los ajustes razonables necesarios y aplicando formas de comunicación claras y concretas tanto para la comprensión como para resolver consultas o manifestaciones que ellos/as presenten. Esta actividad formativa contará con la participación del personal de trato directo<sup>49</sup>.

---

<sup>47</sup> considerar igualmente lo instruido en los protocolos de Salud y Entrega de Medicamentos.

<sup>48</sup> *Ibíd.*, p. 10.

<sup>49</sup> Se deberán considerar los contenidos de la "Guía de prevención del abuso sexual en contexto residencial, versión 2015", elaborada por DEPRODE y difundida a los centros residenciales en diciembre 2015. Aquellas instituciones que no cuenten con ella, deben solicitarla a sus respectivas Direcciones Regionales de SENAME.

Asimismo, la residencia elaborará un **Plan de Prevención del abuso sexual**, considerando la mayor vulnerabilidad de la población, incluyendo la realización de talleres de detección y abordaje de situaciones de riesgo<sup>50</sup>. En este contexto la rutina, las funciones y desempeño del personal, la infraestructura, el protocolo de visitas, los protocolos de emergencia, el protocolo de entrega de turno y otros procedimientos técnicos y administrativos definidos y conocidos por todo el personal, deben cumplirse satisfactoriamente. El equipo también tendrá presente los procedimientos que se deben utilizar ante hechos eventualmente constitutivos de delito, maltrato físico o psicológico en contra de niños/as o adolescentes bajo el cuidado de instituciones colaboradoras, incluyendo hechos de connotación sexual<sup>51</sup>.

Como parte de su rutina, la residencia resguardará también la alimentación saludable de los niños/as o adolescentes, es decir, aquella que les aporte los nutrientes esenciales y la energía que requieren de acuerdo a sus necesidades, edad, características, para mantenerse sanas/os y atenderá todos los requerimientos especiales de alimentación derivados de la discapacidad que los profesionales de la salud prescriban formalmente o según las particularidades de cada caso, por ejemplo, alimentación por sonda, dietas especiales por alteraciones metabólicas, etc. En ellas, el centro residencial debe procurar la entrega alimentaria de acuerdo a lo establecido por los profesionales competentes y nutricionista o personal de la salud capacitado para ello, de forma que se de cumplimiento estricto a las indicaciones personalizadas cuando se trate de casos especiales en relación a la alimentación.

Las comidas deben ser provistas en los horarios, cantidad y forma indicada por los profesionales del área. Su preparación estará a cargo del personal manipulador de alimentos, que debe contar con capacitación para realizar esta tarea y certificados sanitarios u otro correspondiente, extendidos anualmente por Servicios de Salud o profesionales médicos.

En el espacio escolar, los niños/as y adolescentes podrían acceder al Programa de Alimentación Escolar de la Junaeb, que opera en cada establecimiento escolar, durante todo el año lectivo, siempre y cuando participen del sistema educacional y no presenten restricciones alimentarias.

La residencia deberá contar con condiciones óptimas de higiene en todas sus dependencias, procurando dentro de su rutina diaria la mantención de estas condiciones, particularmente donde pudiesen existir focos de infección (baños y cocina especialmente). Especial atención debe darse a la eliminación de pañales desechables, cubre-colchones e insumos de enfermería utilizados para la atención de los usuarios; como también a la esterilización de utensilios de alimentación.

Los niños/as y adolescentes serán sistemáticamente incentivados al lavado de manos y mantención de la limpieza para lo cual la residencia deberá disponer de los productos y utensilios necesarios para mantener su higiene, haciendo los ajustes razonables que correspondan a la discapacidad y prevención de riesgos.

---

<sup>50</sup> Ver anexo 1. Además, los equipos pueden apoyarse en las Orientaciones generales sobre el **desarrollo sexual** para niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos y con necesidades especiales, (Documentos temáticos 2ª versión, año 2011)

<sup>51</sup> Ord. 2308 de octubre 2013 de la Dirección Nacional del SENAME

## Educación

**La educación inclusiva es un derecho establecido por la Convención**, que favorece a los niños/as y adolescentes con discapacidad en su proceso evolutivo, en lo que respecta al pleno desarrollo de su autonomía progresiva y capacidades. Esta debe responder a los principios de respeto a la dignidad del niño/a, no-discriminación e igualdad de oportunidades. Por tanto, si bien el niño/a o adolescente con discapacidad severa o profunda, probablemente vea dificultado su ingreso al sistema educativo formal, más, es necesario demandar el sistema para que toda la población atendida tenga acceso a un establecimiento de educación especial acorde a su discapacidad. La residencia velará por su incorporación a actividades socioeducativas, recreativas, deportivas, internas y/o externas en el sistema escolar común (según su situación de discapacidad lo permita) promoviendo aprendizajes y adquisición de herramientas que faciliten su convivencia y desarrollo social inclusivo. En ello se resguardarán siempre las condiciones de seguridad.

Asimismo, la rutina diaria del centro residencial debe promover el logro educacional, a través de espacios para reforzar o favorecer aprendizajes, acompañamiento en tareas, refuerzo de habilidades lingüísticas, cognitivas, motrices u otras y conductas positivas o de entrenamiento y ejercicio de patrones educativos en proceso de adquisición, lo que implica disponer de equipamiento y material de estimulación y educativo acorde a las necesidades especiales de los niños/as.

Como parte del proceso de intervención con la familia de egreso, el equipo del proyecto evaluará la pertinencia y oportunidad de que los padres u otros adultos participen en actividades del contexto educacional, como apoderados, facilitadores de aprendizajes, proceso de re-educación, etc.

En la misma línea y durante todo el proceso, se debe propiciar la **participación activa** y sostenida **de los adultos** que puedan ofrecer efectiva protección y apoyo a los niños, y **capacitarles** en las técnicas y procedimientos que se deben realizar para mantener el bienestar integral de los niños/as y estimular sus habilidades de la vida diaria y del desarrollo integral, mientras permanecen en la residencia y al visitarles o volver al hogar familiar.

Los niños/as y adolescentes pueden participar en actividades escolares extracurriculares, fuera de la residencia, resguardándose siempre las condiciones de seguridad.

Junto a lo anterior, se sugiere el favorecimiento de espacios de encuentro e intercambio de experiencias entre grupos de pares en la residencia, facilitando el desarrollo de la colaboración y empatía, que contribuya a facilitar la convivencia y los procesos de socialización, de cooperación en el ejercicio de las responsabilidades cotidianas y de contención ante cambios emocionales que puedan experimentar a raíz de las vulneraciones sufridas, la separación de su medio de origen, derivadas de la discapacidad, de la institucionalización prolongada o debido a acontecimientos que se produzcan durante el proceso de intervención.

Es así como, el trabajo de la residencia apuntará en todo momento a que los niños, niñas y adolescentes tengan una experiencia de vida lo más similar posible a la convivencia familiar con adultos protectores y responsables, e interacción con el entorno comunitario, en todos los espacios habituales de ejercicio de sus derechos.

En síntesis, la residencialidad como sustento a la intervención psicosocial apuntará a que cada niño, niña o adolescente atendido permanezca en un ambiente grato y protegido, que propicie una experiencia de vida e interacción enriquecedora con el entorno socio comunitario, a pesar de la adversidad de las situaciones vividas y de la discapacidad asociada, a fin de aportar eficazmente a su desarrollo integral y restitución de derechos, particularmente a reinsertarse en la familia y la comunidad.

## **b) INTERVENCIÓN PSICO-SOCIAL**

A continuación, se desarrollan las fases del proceso de intervención en la residencia los niños/as y adolescentes, la familia o adultos relacionados, y las redes sociales.

### **▪ Ingreso, acogida y diagnóstico**

Esta fase se inicia incluso antes de la llegada de un niño, niña o adolescente, pues requiere revisar y coordinar las diversas acciones tanto para la acogida y adaptación a la residencia, en particular durante el primer mes de estadía, y para la evaluación diagnóstica a nivel individual, familiar y comunitario.

Informado el Director/a de la medida de ingreso y coordinado el traslado, el equipo realiza acciones administrativas y técnicas, tales como revisión de la información disponible sobre el niño, niña o adolescente (informe DAM, actas de audiencias, orden de ingreso judicial, informes de otros programas intervinientes de la red o del intersector); apertura de la Carpeta Individual; ingreso de los datos correspondientes a la base de datos institucional SENAINFO; revisión del registro histórico que pueda existir en esta base, solicitud al Tribunal de Familia de la indicación al Registro Civil para que emita el correspondiente Informe de Redes Familiares; obtención de clave SITFA<sup>52</sup>, entre otras acciones. Todas ellas permitirán al equipo de intervención de la residencia conocer y valorar los antecedentes y situación que determina la medida de internación.

Desde el ingreso a la residencia se debe generar un ambiente de **acogida y contención** del niño, niña o adolescente, en un espacio personalizado que favorezca la adaptación, minimice el impacto de la separación y ofrezca las condiciones para una adecuada atención de las múltiples y urgentes necesidades especiales asociadas al tipo y grado de discapacidad y dependencia de terceros.

Es el momento de explicar al niño, niña o adolescente el motivo de ingreso -realizando los ajustes razonables que correspondan a su edad, comprensión y tipo de discapacidad- así como de su permanencia en un lugar donde será cuidado y bien tratado, realizando un recorrido por las dependencias y mostrando los elementos con que contará, utilizando un lenguaje verbal, gestual y corporal adecuado y tranquilizador. Desde el inicio, se debe incorporar al cuidador/a que estará a cargo de atenderle en la vida diaria, mientras dure la estadía.

Es también el primer encuentro con los familiares, momento en que se explica el motivo que determinó la medida de internación residencial para asegurar la protección y realizar un proceso de intervención para la superación del problema, en función de aportar al

<sup>52</sup> Sistema Informático de los Tribunales de Familia.

bienestar del niño, niña o adolescente.

Corresponde también explicarles en qué consiste el proceso de intervención que se desarrollará, escuchando la visión, opinión y explicaciones de los familiares o adultos relacionados respecto de la situación que determinó el ingreso y cómo ellos visualizan posibles soluciones.

Al finalizar este primer diálogo con los adultos que participarán en el proceso de intervención, se definen –con la participación de los niños, niñas o adolescente- los días y horarios de visita en la residencia<sup>53</sup>. Así también se cita a la familia o adultos relacionados a la primera entrevista formal correspondiente a la fase de diagnóstico.

Estas acciones implican el conocimiento y aplicación de estrategias de intervención en situaciones de crisis destinadas a tranquilizarlos cuando se produce una separación repentina de la familia de origen y/o familia extensa, para contribuir a disminuir incertidumbres, temor, angustia, frustración, entre otros; ya que es posible que algunas familias no estén de acuerdo o no comprendan la medida de protección o al no ser consciente de su condición de vulneración. Se realiza la contención necesaria, pues es probable que sean estos adultos con quienes se desarrolle el proceso de intervención, aunque de no ser así, éstos serán quienes podrán entregar los primeros antecedentes y relato de la situación que afecta a los niños/as y adolescentes y de los hechos ocurridos.

Los profesionales y técnicos que constituyen el equipo de la residencia deben representar para el niño, niña o adolescente y sus adultos participantes, personas a las cuales puedan acudir para comunicar lo que les ocurre o pedir apoyo, desde el ingreso a la residencia.

Todo el personal deberá estar informado y sensibilizado respecto de las consecuencias del traslado de un niño, niña o adolescente desde su hogar y entorno comunitario donde vivía a una residencia de protección, como la aparición de una situación de estrés, ansiedad e inseguridad, manifestaciones que requieren una especial empatía y contención por parte de quienes lo reciben y acogen. Por tanto, desde su ingreso, el equipo a cargo estará monitoreando su estado emocional y adaptación al sistema de la residencial.

Si el ingreso fue planificado en un plazo que permitió preparación, la residencia habrá designado al educador(a)/cuidador(a), de jornada diurna, que actuará como **referente afectivo principal** para el niño, niña o adolescente, lo que deberá quedar consignado en su carpeta individual. En la acogida se debe entregar clara información sobre el sentido de la medida proteccional, el objetivo de la residencia, las actividades y la rutina diaria de convivencia y las reglas internas de funcionamiento. También, deberá pre-definirse su dormitorio y eventual equipamiento para brindar las primeras atenciones y/o facilitar su desplazamiento.

Ante ingresos de urgencia, lo anterior será decidido en reunión del equipo técnico y profesional con director(a) del proyecto, considerando las características del niño, niña o adolescente, la situación que originó el ingreso, la discapacidad y pronóstico de permanencia, entre otros factores que también serán tomados en cuenta para designar al referente en los casos de ingreso programado.

---

<sup>53</sup> De no existir contraindicaciones emanadas por la magistratura, el equipo promoverá desde el inicio la visita de la familia de origen, extensa o personas significativas para el niño, niñas o adolescente, en fecha próxima al ingreso, en lo posible en horarios hábiles a fin de que el equipo pueda interactuar con ésta y estar disponible ante consultas.

Se deberá permitir y favorecer la protección y cuidados de pertenencias, objetos y cualquier elemento (fotografías, por ejemplo) con que el niño/a llegue - o le sea llevado posteriormente en las visitas de familiares -que favorezcan la adaptación a su nueva realidad en la residencia, resguardando la memoria de su historia personal, expresada en aquellas pertenencias que permanecen en el tiempo y lo acompañan en los procesos y cambios que vivirá mientras permanezca en ese lugar. Con los adultos/as relacionados/as, se iniciará un diálogo que aplaque incertidumbres, favoreciéndose que éste motive la apertura y colaboración, de forma que se mantenga durante toda la estadía de los niños/as y adolescentes en la residencia, quienes son el eje primordial de estas conversaciones, las que serán retomadas en profundidad en las sesiones posteriores a realizarse en la siguiente etapa.

Si se trata de un grupo de hermanos, se deberá procurar que permanezcan juntos compartiendo dormitorio o en el mismo sector de la residencia, particularmente si comparten vínculos fraternos positivos.

Desde el inicio, la relación con la familia del niño, niña o adolescente es fundamental, en cuanto a que sean partícipes de una construcción conjunta, por ello, siempre debe ser informada, consultada y orientada desde el inicio y durante todo el tiempo de estadía. Se debe asegurar que la familia de origen, y/o la familia extensa, y/o las personas que son importantes en la vida del niño, niña o adolescente sean conscientes respecto de lo que acontece”<sup>54</sup>

La acogida, al igual que en todo el proceso de intervención residencial, considerará las variables como género, nacionalidad, etnia, edad, y otros enfoques transversales que se consideren importantes para la modalidad.

En esta etapa, como se ha dicho, uno de los primeros objetivos para el equipo será propiciar en todo momento el establecimiento de una relación de aceptación total del niño/a o adolescentes y su familia que trasmite disponibilidad, presentándose como adultos a los cuales se puede acudir porque generan las confianzas.

Desde el ingreso, será el equipo técnico y el educador asignado como referente afectivo, los responsables de iniciar un Cuaderno o Libro de Vida con el nombre y foto del niño/a, al cual se irán sumando los hechos vividos durante la permanencia en la residencia, acompañado en lo posible de fotografías o dibujos hechos por los mismos niños/as o adolescentes. También podrá aportar la familia, en el sentido de colaborar en la revisión conjunta con el niño/a, allegar fotografías (u otros elementos simbólicos) de eventos compartidos en la residencias (cumpleaños, fiestas, visitas etc.), lo que será de utilidad para el trabajo terapéutico de los profesionales y posterior revisión de la historia de la estadía en la residencia y proyección de las condiciones de vida a futuro.

Al realizar el **Diagnóstico psicosocial** el equipo de la residencia **verifica y profundiza las evaluaciones**, con los niños/as y adolescentes y sus adultos relacionados que pueden constituirse como recursos de apoyo. El equipo a cargo se abocará a la realización de entrevistas, observación y aplicación de los instrumentos que corresponda, con los niños, niñas o adolescentes y con los familiares, escuchando sus percepciones y explicaciones acerca de las problemáticas que les afectan y que dieron origen a la medida de

---

<sup>54</sup> Op. Cit. RELAF.

internación, como también sus expectativas y expresión de necesidades. Lo anterior, a fin de lograr establecer una relación significativa o vínculo terapéutico, que sustente las acciones de intervención a desarrollar, motivando a los niños, niñas y adolescentes y sus familias a tener confianza en el equipo técnico, con cuyos integrantes podrán compartir sus problemas y recibir orientación y apoyo para resolverlos.

La recopilación de antecedentes diagnósticos del caso, exige entre otras acciones la revisión de prestaciones y servicios entregados por otras entidades, por ejemplo, en el ámbito de la salud. Asimismo, la realización de consultas, reuniones, entrevistas a otros intervinientes anteriores o que aún estén atendiendo el caso, tanto de la red de Sename como de otras instancias, para conocer antecedentes de la vulneración/es que le afecta y sobre el tipo de discapacidad, tratamiento vigente, antecedentes de salud, sociales, evaluaciones psicológicas previas, historia de vida, factores de riesgo, recursos personales, redes familiares o significativas de apoyo a los niños, niñas y adolescentes, y otras.

El equipo debe considerar que trabaja con familias que enfrentan problemáticas interrelacionadas, a veces crónicas, pero la experiencia de vivir esa complejidad es única. En efecto, las familias que llegan a perder su rol parental no son homogéneas y esta condición que enfrentan no es necesariamente permanente. Por tanto, se debe analizar y profundizar en cada caso, para luego desarrollar estrategias de trabajo personalizadas, específicas y flexibles<sup>55</sup>.

A su vez, quienes serán los encargados de intervenir podrán conocer y evaluar las formas habituales en que las familias actúan ante los problemas o crisis que se les presentan, analizando los diversos factores que están en juego y que determinan sus decisiones. Es decir, la situación socioeconómica, el contexto socio comunitario en que viven, sus creencias religiosas o de otro orden, etc.

La residencia puede recibir ingresos respecto de los que ya existe un diagnóstico psicosocial, realizado por un proyecto de Diagnóstico Ambulatorio (DAM), desde donde se haya sugerido al Tribunal de Familia el ingreso a la residencia. En ese caso, pueden existir pericias forenses proteccionales sobre las condiciones de protección de los niños, niñas y adolescentes, o pericias forenses para la acción penal, ante víctimas o probables víctimas de delitos. Dichos antecedentes deberán ser revisados cuidadosamente por el equipo de la residencia, identificando aquellas áreas a complementar, evaluar y/o profundizar, en tanto los diagnósticos realizados por los DAM constituirán información de entrada al proceso, siempre y cuando sean actuales, es decir, realizados e informados **hasta 6 meses antes del ingreso**. En consecuencia la residencia siempre elaborará su propio diagnóstico psico-social con los antecedentes aportados.

También puede darse que el niño, niña o adolescente ingrese sin diagnóstico previo. En ese caso el Director/a de la residencia puede solicitar al Tribunal de Familia su derivación al DAM, si se estima necesario contar con una evaluación pericial respecto de situaciones de atención prioritaria en esta línea (por ejemplo, ante evidencia o sospecha de delitos en contra de la indemnidad sexual; trastornos graves de salud mental; adolescentes con conductas abusivas de carácter sexual, consumo problemático de alcohol y drogas, otras) y en aquellas residencias en que las competencias requeridas para realizar este tipo de

---

<sup>55</sup> Bromfield, Sutherland & Parker. (2012). "Families with multiple and complex needs" Victorian Government Department of Human Services, Melbourne, Australia, 2012, citado en cuestionario respondido por Carolina Muñoz Guzmán, Directora Escuela de Trabajo Social PUC.

evaluación exceda las capacidades profesionales existentes, lo que siempre se deberá fundamentar en la solicitud a presentar al Tribunal.

Así, el diagnóstico de la situación psicosocial podrá ser realizado por primera vez en la residencia, o bien de manera complementaria a un diagnóstico previo al ingreso, debiéndose determinar en todos los casos si se requiere información adicional o actualizada.

Con los antecedentes recopilados, el equipo profesional deberá elaborar un **Informe de evaluación diagnóstica psicosocial** (en tanto se continuará profundizando, durante el proceso de intervención, de acuerdo a otros antecedentes o evaluaciones que surjan en ese proceso).

**El proceso evaluativo inicial debe ser efectuado en el lapso de 20 días hábiles, es decir un (1) mes desde que se produce el ingreso del niño/a al acogimiento residencial. Concluye en un Diagnóstico Psicosocial, que se envía al Tribunal que derivó.**

**Con la información recopilada en el diagnóstico, se diseña el primer PII (personalizado a la situación del niño/a), que también se remite al Tribunal, junto con el Diagnóstico Psicosocial. Por tanto, su plazo para elaboración es el mismo: un (1) mes. Si el equipo lo requiere, podrá enviar el PII con posterioridad, pero en un plazo que no exceda los cinco días hábiles (contados desde el envío del Diagnóstico al Tribunal).**

Esta evaluación psicosocial inicial se continuará profundizando **durante todo el proceso de intervención e integrando los nuevos hallazgos en los informes de avance trimestrales** en la medida que se trata de realidades dinámicas, que irán registrando cambios, retrocesos o nuevos antecedentes relevantes, los que determinarán ajustes en las estrategias consideradas en el respectivo PII, a fin de propiciar el logro de los objetivos y resultados esperados.

La intervención se inicia una vez elaborado el PII, sin embargo, se debe dar especial énfasis durante los próximos dos meses de continuar paralelamente a la intervención, indagando en aspectos que admitan especificar o fortalecer el diagnóstico, lo que permitirá, ajustar o readecuar el PII, y que queden reflejados en el primer informe de permanencia o avance.

---

La evaluación psico-social implica realizar al menos las **siguientes acciones mínimas:**

---

Compilación y revisión de los antecedentes del caso.

---

Entrevista con otros programas intervinientes.

---

Entrevista con los niños, niñas o adolescentes y sus adultos relacionados

---

Visitas domiciliarias.

---

Aplicación de instrumentos y técnicas pertinentes a cada caso.

---

Con ello se realizará o profundizará la evaluación en los aspectos que se señalan a continuación:

**La situación que dio origen a la separación** del niño/a o adolescente de su familia y los contextos de vulnerabilidad asociadas.

**La situación socio-familiar** de los niños/as y adolescentes, de sus padres y de los posibles recursos de éstos y de la familia extensa, que permitan pronosticar la restitución de derechos y la capacidad de estos adultos para proporcionar protección. Esta evaluación incluye el acceso y uso de redes comunitarias, específicamente las relacionadas con discapacidad.

La etapa de diagnóstico psico-social (a concretarse en 20 días hábiles) permite emitir un juicio técnico-profesional, a partir de las acciones mínimas antes mencionadas, lo cual **siempre exige que la información recolectada sea analizada en equipo** e incluye la evaluación ex ante de las competencias parentales de los progenitores o adulto/s a cargo, con quien/es se pronostica la posibilidad de trabajar y fortalecer como agente de apoyo al proceso de intervención y egreso.

Este diagnóstico psico-social integra los ámbitos individuales, familiares y socio-comunitario, ya que permite sopesar aspectos tales como:

- Alteraciones del desarrollo o sintomatología específica presentada por el niños/as y los adolescentes productos de las vulneraciones y recursos resilientes de los mismos.
- Debilidades y fortalezas para la protección, desde los adultos a cargo/ recursos de los padres y/o de otros adultos que tengan vinculación con los niños/as y adolescentes en el ámbito comunitario.
- Falta de acceso a prestaciones que deben estar garantizadas para todos los niños/as y adolescentes del país / existencia de las prestaciones requeridas en el espacio comunitario.
- Falta de acceso de la familia a prestaciones que aporten al ejercicio de la parentalidad

- / existencia de las prestaciones sociales de apoyo al ejercicio de la parentalidad.
- Intervenciones de protección especial previas, que no lograron estabilidad en la restitución de derechos / recursos de protección especializados para dar respuesta atinente a las necesidades actuales de los niños/as y adolescentes.

En este diagnóstico (en la aplicación de instrumentos y reflexión posterior), el equipo encargado deberá considerar la etapa de desarrollo vital de los niños/as y adolescentes con sus particulares necesidades psicológicas, físicas y sociales. Al ponderar, es recomendable admitir que las brechas observadas pueden ser explicables por el impacto de las vulneraciones de derechos, la exclusión social y la discapacidad.

Por otra parte, si bien todo niños/as y adolescentes, cuenta con recursos resilientes, de rehabilitación y aprendizaje que es necesario conocer a través del diagnóstico se debe tener en cuenta que esto depende de la protección entregada por adultos y de las posibilidades de soporte desde las redes de apoyo disponibles que hayan existido en el entorno comunitario donde el niño se desenvuelve y de las políticas públicas a nivel local.

Para realizar el diagnóstico referido al acceso y utilización de las redes, el equipo debe conocer las prestaciones de protección universal y especial existentes en el país y en el entorno comunitario más próximo, y las formas de gestionar efectivamente el acceso para los niños/as y adolescentes y la familia. Esto a fin de identificar las brechas entre lo esperado y la integración socio-comunitaria real.

Lo anterior, implica la aplicación de metodologías por parte de los profesionales del proyecto acordes a las posibilidades de comunicación del niño, niña o adolescente, en la forma de observación en las actividades cotidianas, exploración con juegos y entrevistas a la familia o adultos responsables<sup>56</sup>, así también el desarrollo de gestiones e investigación, contactando a personas y organismos que conocen su historia de vida y situación biopsicosocial.

Con ello, se podrá realizar una aproximación al malestar emocional que los niños, niñas o adolescentes puedan estar experimentando a causa de las vulneraciones que les afectan y que expresan a través de emociones como la rabia, tristeza, temor, o cuadros de depresión, ansiedad, o síntomas como trastornos del sueño, alimentarios, etc., que los profesionales deben poder diferenciar de manifestaciones propias de la situación de discapacidad, para organizar los procesos de resignificación a través de la intervención residencial.

La evaluación del funcionamiento de la familia, como también la referida a las competencias específicas de los adultos encargados del cuidado, debe considerar herramientas formales de evaluación validadas en población chilena. Al respecto, el Servicio promueve la aplicación de la Escala de Evaluación NCFAS-R<sup>57</sup> para la preservación familiar, la cual permite realizar una evaluación eco-sistémica de la forma de funcionar de la familia, mediante la valoración de dimensiones como: entorno, competencias parentales, interacciones familiares, protección o seguridad familiar, bienestar del

---

<sup>56</sup> Como norma general, los profesionales y técnicos de la residencia deberán guardar estricta reserva de los antecedentes diagnósticos de los sujetos de atención y sus familias, con personas o instancias ajenas a la intervención.

<sup>57</sup> NCFAS: North Carolina Family Assessment Scale (Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte), creado por Dr. Raymond Kirk y colaboradores en la década de 1990, con el apoyo de la National Family Preservation Network. Cuenta con cuatro versiones: NCFAS (Simple, de cinco dimensiones), NCFAS-R (enfocada en la reunificación familiar, siete dimensiones), NCFAS-G (evalúa el funcionamiento familiar con un enfoque ecológico más amplio. Consta de ocho dimensiones), NCFAS-G+R (es la última versión desarrollada por sus creadores, y es la suma de la versión G y la R).

niños/as y adolescentes, ambivalencia del cuidador – adolescente y las condiciones para la reunificación. Esta evaluación se realiza por tanto con el propósito de determinar los ámbitos en que se deberá ofrecer mayor apoyo y desarrollar estrategias para el fortalecimiento de los recursos protectores. (La Escala no está diseñada para inhabilitar roles parentales).

Al aplicar esta escala el equipo residencial debe tener en consideración lo siguiente:

La aplicación de la Escala NCFAS requiere como estándar mínimo la realización previa de acciones indispensables en el proceso de diagnóstico psicosocial, ya mencionadas, a saber:

1. Recolección de antecedentes.
2. Una entrevista a la familia (con auto-reporte para contrastar) y a la adolescente.
3. Una visita domiciliaria.

El equipo de intervención residencial debe considerar que la visita domiciliaria con fines de evaluación requiere planificación previa y llevar una “pauta de visita domiciliaria” con los elementos a observar. Por ejemplo, conocer con anterioridad los aspectos que mide la dimensión “Entorno” de la NCFAS, para ir a la visita con claridad de lo que se va a observar.

La NCFAS puede y debe aplicarse junto a otros instrumentos que se estimen necesarios para este proceso o según cada caso particular, o asociados a la discapacidad, lo que incluye la construcción de un genograma y un ecomapa familiar, además de otros tales como por ejemplo: la Pauta de observación de la relación vincular (Massie y Campell), testeo del potencial de maltrato (PMF), valoración del desarrollo psico-motor, (TADI/TEPSI), con el objeto de derivar cuando hay sospecha en algún ámbito asociado al niño/a o adolescente, o a la familia, que va a requerir derivación.

La NCFAS debe ser aplicada pre y post intervención por los mismos profesionales, de forma que el juicio tenga parámetros para comparar, habiendo realizado la observación directa del caso y del desarrollo del proceso de intervención. Asimismo, es recomendable aplicar esta escala cada tres meses, como un aporte a la evaluación del proceso de intervención, pues sirve para apoyar la toma de decisiones en caso que no existan avances o no haya resultados en tiempos razonables.

Se debe recordar que seis meses es buen lapso de tiempo apropiado para observar cambios en una familia respecto de sus habilidades de cuidado marental / parental.

Se deben evaluar todas las dimensiones de la Escala para lograr una visión integral.

Es recomendable comenzar a abordar el caso desde las fortalezas (de “clara fortaleza” a “problema serio”).

La evaluación de las competencias marentales/parentales se debe trabajar siempre en equipo o dupla, analizando y contrastando más de dos opiniones.

Para completar las valoraciones de las diversas dimensiones de la escala NCFAS-R, el equipo debe leer en conjunto las “Definiciones”, lo que ayuda al ejercicio y hace más fácil y eficiente su aplicación. Así, el equipo logra afinar el juicio, al calificar los criterios cada vez en menor tiempo y con poca diferencia en la discusión de los puntajes que corresponde asignar.<sup>58</sup>

<sup>58</sup> Las diferencias de opinión de parte de los equipos de 1 punto en la evaluación de los criterios no son significativas. Hay que preocuparse cuando hay diferencias de más de un punto o no existe coherencia interna entre dominios por ejemplo: la familia está con problemas serios (-3) de supervisión del niño en el dominio de competencias parentales y el niño tiene puntajes adecuados (0) en la dimensión bienestar.

<p>La valoración de la dimensión general de cada dominio, no es la suma ni el promedio de cada aspecto o criterio, sino que es una valoración global que refleja la opinión o juicio técnico – profesional que se ha formado en esa materia.</p>
<p>El equipo debe tener en cuenta que para calificar (-3) o “problema serio” se debe visualizar que no puede haber algo peor, ya que en la práctica se tiende a utilizar esa puntuación sobre valorando las dificultades o gravedad observada. Sin embargo, esta puntuación corresponde sólo a algo extremo, quizás poco modificable. Por ejemplo, el perfil de “Negligencia grave” describe un perfil en que los puntajes asociados a supervisión del niño, oportunidades de desarrollo, crecimiento y rutinas son problemas serios (-3), a diferencia del (-2) o “problema moderado” que significa que algo anda mal, pero se prevé como posible de modificar mediante el proceso de intervención del proyecto residencial, en articulación con otros programas o instancias del nivel local.</p>
<p>Es razonable y pertinente aplicar la escala durante el primer mes de intervención. No obstante, al segundo o tercer mes se pueden completar aspectos desconocidos, verificar otros o incorporar antecedentes nuevos, lo que aporta a enriquecer el desarrollo y evaluación del Plan de Intervención Individual del caso (es decir, el plan de trabajo con los niños/as y adolescentes y las redes socio comunitarias).</p>
<p>Es pertinente iniciar gestiones para el pre-egreso de casos cuando han transitado a problema leve o adecuado (puntaje 0 y -1).</p>
<p>Para la elaboración del Informe de evaluación psico-social se sugiere organizar la información en un FODA, preguntándose ¿cuáles son los focos?, ¿cuáles serían las recomendaciones?, como también responder a la primera pregunta que dio origen al caso (causal de ingreso). Asimismo, describir lo realizado en el proceso de evaluación, con lenguaje sencillo y comprensible; describir cómo y en qué aspectos se observa afectada la parentalidad/marentalidad evitando causalidades lineales. El tono debe ser neutral, tener la capacidad de ver fortalezas y recursos en los evaluados, no sólo lo que falta o necesita la familia para ejercer un cuidado responsable y nutricional.</p>

Cabe destacar que la evaluación de las competencias parentales o marentales, visto desde un contexto multisistémico, logra comprender cómo funcionan las condiciones y oportunidades para ejercer los roles de padre o madre. Es diferente que éstos no tengan competencias o sean “inhábiles”, **a entender que no se han tenido las condiciones y oportunidades para aprender a ejercer esos roles de crianza de manera eficaz**. Es clave hacer esta distinción, pues la privación cultural y educativa, la discapacidad, los trastornos de salud mental, las adicciones, la falta de disponibilidad de la oferta de apoyo o la pobreza y exclusión social, son factores que pueden influir o perjudicar el rol marental/parental, pero no son determinantes de por sí. Y es precisamente sobre esa capacidad que el equipo encargado debe pronunciarse en una evaluación de este tipo, teniendo en cuenta la relación diagnóstico/pronóstico sobre la recuperabilidad de la capacidad protectora de los referentes familiares, así como del desarrollo de esas capacidades disminuidas. Lo anterior, teniendo presente que con -apoyo de las redes locales- se puede facilitar el trabajo residencial, destinado a superar y fortalecer el ejercicio de la paternidad o maternidad de un niño, niña o adolescente con discapacidad y alta dependencia.

Como se ha dicho es recomendable complementar la evaluación con herramientas como el genograma y la cronología familiar destacando los momentos buenos, sin crisis, para construir un relato familiar más esperanzador e identificar los patrones de conducta e interacción que pueden ser modificados, ya que esta metodología se basa precisamente

en destacar los puntos fuertes, reafirmar a las familias en sus valores, creencias y esperanzas, sueños de futuro, anhelos de sana convivencia y por sobre todo sus fortalezas para el cambio, ya que todos deben tener oportunidades de hacer las cosas de otra forma.

En esta labor, considerar aspectos como la comunicación clara y la expresión de emociones que permitan manifestar las diferencias y heridas emocionales de una manera que promueva la comprensión y la sanación. Enseñar a modular la intensidad de las emociones, subrayar puntos válidos de las opiniones de cada miembro de la familia, dar tiempo para hablar con serenidad. Desactivar tensiones, enseñar a que son capaces de tratar un asunto delicado dentro de ciertos límites, la sensación será de mayor control de procesos desbordados. La recomendación es abocarse primero a tareas sencillas y manejables, empezar con lo positivo, dominando “lo posible”, esto significa ayudar a las familias a dejar de centrarse en lo que no puede modificarse y dirigir su atención hacia lo que sí se puede.

Como resultado del diagnóstico, es posible que el equipo se encuentre con situaciones excepcionales, tales como el abandono familiar de los progenitores y de la familia extensa, negándose a participar y hacerse cargo de la protección. En caso que el proceso evaluativo determine esto - vale decir, la inexistencia de recursos familiares o protectores- la intervención deberá planificarse considerando otras posibilidades de cuidado en familia.

Cualquiera sea la hipótesis, siempre deberá remitirse formalmente esta información al Tribunal que ordenó la medida en los plazos ya señalados.

Los resultados emanados de la evaluación deberán traducirse en insumos para elaborar, en conjunto con los niños/as y adolescentes y la familia, **un Plan de Intervención Individual**.

Como se ha dicho, los resultados de la evaluación diagnóstica serán registrados en un **Informe de diagnóstico psico-social**<sup>59</sup>, que contiene los aspectos fundamentales desarrollados en esta etapa, específicamente responder a la situación de vulneración que determinó su ingreso a la residencia, a la capacidad protectora de los adultos de referencia, concluyendo con un juicio profesional, pronóstico y recomendaciones del curso a seguir.

Esta labor permitirá al equipo pronunciarse sobre la situación de vulneración de derechos advertida y si justifica la separación del medio familiar y el ingreso a cuidado alternativo residencial de los niños/as y adolescentes. O bien, determinar otras alternativas para el trabajo de restitución de derechos.

Es así como, al término de esta evaluación diagnóstica, el equipo técnico residencial deberá definir lo siguiente:

---

<sup>59</sup> Ver en anexos sugerencia de formato de informe de diagnóstico psico-social integrado.

No amerita ingreso a modalidad residencial	Amerita mantención de la medida de protección en residencia
<p>Equipo concluye y sugiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Egreso con adulto protector, con o sin apoyo de programa ambulatorio de Red SENAME u otra en el ámbito local.</li> <li>• Egreso de residencia e ingreso a Familia de Acogida Especializada (FAE), con familiares de la red extensa o familia acogedora externa.</li> </ul> <p>Director/a Residencia realiza la solicitud que corresponda al Tribunal por informe escrito o solicita audiencia presencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se confirma necesidad de ingreso de los niños/as y adolescentes al sistema residencial. Se da continuidad al proceso de intervención a través de la elaboración de <b>Plan de intervención (PII)</b>.</li> <li>• Inicio de causa de susceptibilidad de adopción, en caso de abandono total o cesión, previo análisis con Uprode y si existen indicadores favorables para ello.</li> </ul>

En todos los casos, el equipo debe realizar una devolución del proceso realizado, abordando el motivo que generó el ingreso tanto con los niños/as y adolescentes, como a su familia, explicitando sus resultados y evaluando la pertinencia de compartir las sugerencias que serán enviadas al Juez de la causa del Tribunal de Familia competente. En este sentido, cabe recordar que “no se debe incluir en los informes nada que a nuestro juicio sea incómodo de compartir con los miembros de la familia”<sup>60</sup>. Considerando que las temáticas a abordar son en su mayor parte conflictivas, la capacidad del equipo de poder comunicar a la familia todo aquello que se hará mención en los documentos, es fundamental para evitar el quiebre de la confianza que se requiere, por tanto, la lógica no es omitir información, sino lograr transmitirla de la manera más apropiada.

Con esto, se está favoreciendo su adherencia y participación de la familia en el proceso de intervención, integrando y respetando su opinión en la evaluación del equipo. La devolución debe realizarse una vez finalizado el informe diagnóstico y previo al envío al Tribunal correspondiente (por la eventualidad de recoger antecedentes útiles de incorporar al documento que se va a enviar).

Finalmente, señalar que la actualización propiamente tal de los diagnósticos psicosociales, ocurre cuando la permanencia de los niños/as y adolescentes en protección residencial se prolonga más allá de un año, lo que hace necesario elaborar un nuevo informe de diagnóstico psico-social con el análisis de esa situación, pronóstico y propuesta de intervención a seguir.

#### ▪ **Diseño del Plan de Intervención Individual (PII)**

El Plan de Intervención Individual (PII)<sup>61</sup> es un instrumento técnico de intervención, seguimiento y evaluación, que debe ser realizado sobre la base de los antecedentes y resultados arrojados por la evaluación diagnóstica psico-social y elaborarse al momento de finalizar la fase diagnóstica (enviar al Tribunal junto al informe de diagnóstico). Este

<sup>60</sup> Cirillo, Stefano 2012, citado en Guía de estrategias de intervención Familiar. Instituto Chileno de Terapia Familiar, Programa Vida Nueva SENAME, abril 2014.

<sup>61</sup> Ver en anexo sugerencia de formato de Plan de Intervención Individual (PII).

plan debe ser personalizado y coherente con la situación, características y requerimientos de cada niño/a o adolescente y contiene todos los elementos prioritarios de trabajo con los sujetos de atención, sus familias o adultos relacionados y redes o servicios de apoyo.

El diseño del PII requiere de un trabajo reflexivo y de colaboración entre los miembros del equipo, para lo cual se sugiere sostener:

- Reunión técnica (profesionales, cuidadoras/es y director/a).<sup>62</sup>
- Reunión con otros equipos que están interviniendo (Programas de Salud, especializados u otros)
- Análisis del caso en la dupla psicosocial.
- Visación de director/a de la residencia, nombre y firma de los profesionales responsables.

El levantamiento del PII implica además la participación de cada niño/a o adolescente, según posibilidades y ajustes razonables y sus adultos de referencia, debe también ser co-construido por el equipo, incluyendo a las Educadoras/Cuidadoras de Trato Directo, a fin que estén interiorizadas de la propuesta de atención para los niños/as y adolescentes a su cargo y de ese modo comprometan su participación en acciones de apoyo durante la rutina diaria.

Se destaca que si bien la confección del PII queda a cargo de los profesionales designados al caso, requiere del aporte interdisciplinario de todos los integrantes del equipo técnico.

El diseño del plan debe considerar objetivos, actividades y resultados esperados con los niños/as y adolescentes, con la familia y las redes comunitarias, además de plazos y nombres de los responsables de su cumplimiento. Se debe incluir también, si es posible, la firma del niño/a o adolescente y de los adultos de referencia implicados, a fin de sellar el acuerdo y la participación de los interesados/as.

Este plan debe reflejar la inclusión social y familiar de niño, la niña o adolescente, la disminución de los efectos de las vulneraciones y propiciar el acceso a los bienes y servicios que le corresponden de acuerdo a su nivel de desarrollo y necesidades, incluyendo las relacionadas con la discapacidad.

En los casos en que los niños/as o adolescentes asistan a programas externos de salud u otros, se deberá establecer coordinación y trabajo asociativo para diseñar y compatibilizar los planes de intervención elaborados por cada equipo, integrándolos en un solo plan de trabajo con fines compartidos. Se trata de concordar entre profesionales intervinientes, los objetivos y acciones coordinadas, que hagan sinergia en beneficio de los niños/as o adolescentes, previniendo la sobre-intervención, eventuales revictimizaciones y efectos iatrogénicos de intervenciones desarticuladas e inconclusas.

Posteriormente, corresponde hacer una revisión periódica del Plan que se envió junto al diagnóstico el primer mes, lo que permite incorporar nuevos antecedentes y realizar los cambios que se estimen necesarios para un mejor desempeño del proceso y logro de los

<sup>62</sup> Al término del proceso de evaluación diagnóstica, se realiza una reunión del equipo profesional y director/a del proyecto, donde se pueda analizar y dar cuenta de los resultados alcanzados, contrastando las hipótesis diagnósticas que emerjan, acordando confirmar o modificar los objetivos que pretenden consignar en el Plan de Intervención Individual (PII). Todo esto debe quedar debidamente documentado, es decir, contar con verificadores.

objetivos propuestos. Este Plan re-estructurado se debe enviar al tribunal junto a los informes de permanencia que dan cuenta del avance del caso cada tres meses.

Los elementos básicos del PII han de reflejar un carácter “personalizado” del plan, orientado a la situación específica o particular de cada niño/a o adolescente. Respecto a la familia de origen, este plan tiene directa relación con la evaluación de la situación que originó la separación y ruptura familiar, asociadas a las condiciones para el ejercicio de la parentalidad y apoyo para la familia desde las redes de soporte socio-comunitarias. Los focos están dados por los recursos y aspectos a mejorar, detectados en la evaluación diagnóstica de la vulneración y discapacidad.

A continuación se presenta un cuadro resumen de los aspectos a considerar para el diseño del PII:

<b>CONTENIDOS DEL PII</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>Objetivos Específicos del PII (en los componentes Individual, Familiar y Comunitario)</b>	Se definen los objetivos del trabajo a desarrollar en los tres ámbitos de la intervención: Individual–Familiar y Comunitario. Los objetivos específicos deben: a) Ser correlativos a los aspectos claves detectados en el diagnóstico del niño, la familia y las redes. b) Ser expuestos en infinitivo como una meta a llevar a cabo, usando <u>verbos</u> tales como: desarrollar, coordinar, realizar, etc. c) Orientarse a logros concretos.
<b>Actividades Programadas</b>	Se consignan las acciones fundamentales a desarrollar para cumplir cada objetivo desde los componentes de la intervención definidos por SENAME; tales como, entrevistas, consejerías, psicoterapia, trabajo grupal, actividades socioeducativas, entre otras. Por ejemplo: 1 taller de auto cuidado de la indemnidad sexual, 3 sesiones psicoeducativas sobre crianza, derivación a rehabilitación motriz, u otros.
<b>Profesional Responsable</b>	Se identifica al o los profesionales responsables del desarrollo de la intervención psicosocial.
<b>Resultados Esperados</b>	Se redactan los resultados esperados como el objetivo específico del PII cumplido. Por ejemplo: niño en conocimiento del motivo de ingreso a la residencia, familia reconoce fortalezas del vínculo con su hijo/a, niño participando en actividades de socio-educación sistemática.
<b>Tiempo estimado de Intervención</b>	Se estipula el tiempo proyectado para el cumplimiento de los objetivos propuestos, calculando la cantidad de actividades que se estima para lograr la meta, estableciendo límites en la ejecución.

Al término de la definición de los objetivos específicos del PII, se debe realizar una sesión para la presentación de éstos al niño/a o adolescente - si es posible y con los ajustes razonables del caso - y a los adultos de la familia, en un lenguaje comprensible para ellos. En esta sesión, además de mostrar los objetivos a trabajar desde la perspectiva del

equipo, se debe recoger la opinión del niño/a o adolescente y del adulto relacionado, sus motivaciones y aprehensiones para el desarrollo del trabajo conjunto con los profesionales de la residencia e integrarlas al diseño del PII.

Una vez acordados los objetivos específicos con el adulto de la familia y el niño/a o adolescente, se explicitan los roles de todos los/as involucrados/as, los tiempos contemplados para el trabajo y las instancias de evaluación o revisión del PII.

Dentro de los compromisos a establecer con el adulto relacionado está la **periodicidad de las visitas al niño/a o adolescente en la residencia**, debiendo quedar registrado en el PII.

De acuerdo a la experiencia en los centros residenciales para la discapacidad severa o profunda, es muy importante mantener la motivación en los familiares y personas significativas por los contactos del niño/a o adolescente, ya que es posible que un número de usuarios no vuelva a vivir en su medio familiar (sea de origen o extenso), principalmente porque la familia no logra asumir responsablemente el cuidado y/o no cuenta con redes de apoyo para el cuidado del niño/a con discapacidad. Ello determina el abandono progresivo por parte de los familiares, de los niños(as) ingresados a la residencia, produciéndose así una nueva vulneración en sus derechos, al delegar su cuidado permanente al sistema institucional, privándoles de ejercer su derecho a vivir en su medio natural, como es la vida en familia.<sup>63</sup>

Por tanto, la residencia para población con discapacidad severa o profunda, con alta dependencia de terceros, deberá diseñar una intervención familiar que, por una parte, promueva la responsabilización asistida de los adultos, es decir, con capacitación, acompañamiento y conexión efectiva con las prestaciones, subsidios y ayudas técnicas para la discapacidad que dispone la política pública e instituciones privadas (por ejemplo, el Instituto Teletón). Y por otra parte, contribuir al fortalecimiento de sus competencias parentales mediante la atención directa y/o indirecta (a través de la derivación) y acceso efectivo a los diversos programas sociales locales, para dar cumplimiento al propósito de restablecer el derecho a vivir en familia de los sujetos de atención, con apoyo ambulatorio.

Por último, reconociendo la existencia de una desvinculación progresiva de los referentes familiares, la residencia deberá propiciar sistemáticamente la participación de la familia biológica o de otros adultos significativos desde el momento mismo del ingreso, y su involucramiento en responsabilidades específicas, que deberán quedar señaladas en el diseño del plan y sus futuras re-estructuraciones, como ser, apoyar de manera periódica en los procedimientos y cuidados cotidianos que se debe ofrecer a los niños, niñas y adolescentes en la residencia, u otros que deban mantenerse en el lugar donde se concrete la reinserción familiar estable y protectora. **El fin último del equipo siempre será fortalecer a la familia para que asuma el cuidado de los niños/as con los soportes necesarios, cautelando que ni la pobreza y tampoco la discapacidad en sí misma sean el motivo de una internación permanente.**

#### ▪ Ejecución del Plan de Intervención Individual

La ejecución de la intervención tiene como carta de navegación el PII diseñado, el cual

---

<sup>63</sup> Al respecto señalar que, en el año 2015, un 76,3% del universo de egresados de residencias para la atención de niños/as con discapacidad severa o profunda fue por fallecimiento en la edad adulta, lo cual refuerza la necesidad de intervención familiar que prevenga la desvinculación y favorezca la restitución del derecho a vivir en familia.

aborda de manera holística la situación de los niños, niñas y adolescentes, de los adultos relacionados que se espera asuman la protección y la gestión con las redes.

Recalcar que siempre, no obstante las limitaciones que la práctica pudiese imponer, la intervención debe implementarse de manera participativa, interdisciplinaria y flexible, ponderando avances y trabajando las posibles dificultades y retrocesos observados en el caso.

En esta etapa se desarrolla la intervención psicosocial propiamente tal, con la participación del niño/a o adolescente, la familia y actores intervinientes que correspondan, de las políticas públicas de protección universal o especial asociada a la discapacidad, planificada de acuerdo a los objetivos del PII y registrando, todas las acciones claves realizadas, avances y dificultades observadas en el proceso y acciones remediales, tanto en Senainfo como en la carpeta individual del niño/a o adolescente. La intervención se estructura de acuerdo a la evaluación del desarrollo evolutivo del niño/a adolescente y de la discapacidad, junto con las intervenciones diseñadas para disminuir los efectos de las graves vulneraciones, que afectan su desarrollo e integración socio-comunitaria, considerando sus recursos y de los adultos relacionados o de referencia y las posibilidades de respuesta a sus necesidades que se han obtenido del entorno local o de manera de contribuir al desarrollo de su autonomía progresiva.

Durante la ejecución del PII pueden darse situaciones de crisis, las que deben ser abordadas en el momento, sin perder el foco de la intervención ya definido<sup>64</sup>. Si esas crisis suponen cambios relevantes en las circunstancias de los niños/as, que generan la desactualización de los objetivos del PII, se debe reformular dicho plan (independiente del plazo que lleve de ejecución). Por ello se recomienda que los profesionales mantengan una **revisión continua del PII**.

En ese sentido, es fundamental que los/as profesionales mantengan siempre claridad de la evolución del PII de cada niño/a. Pues al ser éste la guía de cada una de las acciones a desarrollar en el proceso de intervención, se podrá dilucidar cuándo la crisis ameritará una modificación de éste. En caso de requerir una reformulación, se deberá realizar reunión de análisis de caso para dicho efecto.

Si el niño, niña o adolescente asiste a un programa especializado externo de cualquier tipo, se establece coordinación con esa instancia para compartir los planes de intervención elaborados por cada equipo, a fin de incorporar objetivos en común en los Planes de Intervención, con responsabilidades específicas, pues ambos proyectos realizan intervenciones con el niño, niña, adolescente, su familia y las redes de educación, salud y otras, siendo fundamental evitar la sobre intervención.

Las acciones mínimas y metodologías a desarrollar deberán ser consistentes y pertinentes con el diagnóstico y formulación del Plan de Intervención Individual, apuntando al logro de los objetivos y resultados esperados, y definirse en conjunto con los otros programas intervinientes en el caso, si existe una intervención simultánea del caso.

En el continuo, al momento de registrar avances, es importante tomar en consideración que cuanto más alentamos a los niños/as y adolescentes y a los miembros de la familia a

---

<sup>64</sup> Curso taller de capacitación profesional NCFAS G+R, de Fundación Ideas para la Infancia a DEPRODE, octubre 2015.

desarrollar sus destrezas, más eficaz será el trabajo. En esta etapa se trata de promover confianzas, esperanzas, potenciar patrones de organización, zonas libres de problemas, relevar las interacciones, especialmente cuando los niños/as y adolescentes y sus adultos de referencia **“lo pasan bien”**. Hay que centrarse en **“pequeños logros”** y revisar otras alternativas, más que recalcar limitaciones, pues se trata de una estrategia que contribuye a que la familia participe, se movilice, se gatille su **deseo de mantenerse unidos** y recupere la confianza en sus capacidades.

Con relación a los adultos a cargo del niño(a) o adolescente que por acción u omisión hayan participado de las vulneraciones de derechos, la ejecución del plan apuntará a revertir aspectos desfavorables fortaleciendo o desarrollando roles de crianza bien tratantes, de forma que los adultos se motiven por participar en el proceso dirigido a restablecer y potenciar sus capacidades de cuidado.

Es importante considerar que al momento que se produce al menos ambivalencia en el discurso de los adultos relacionados respecto de la vulneración, se comienza a abrir la posibilidad de trabajar la responsabilización respecto de lo ocurrido y el cambio hacia la efectiva protección del niño, niña o adolescente.

Entonces, los profesionales deben decodificar la petición de ayuda de la familia o adultos relacionados o de referencia y trabajar con ellos para hacer surgir la motivación al cambio<sup>65</sup>, en un proceso que exige mirar los recursos de éstos y de la red de relaciones familiares y sociales. Al respecto, se debe tener en consideración que *“lo que se dice de la familia a otros, debe poder ser dicho ante la familia.”*<sup>66</sup>

A continuación se especifican las consideraciones y acciones mínimas según ámbitos de la intervención, durante el período de ejecución del plan, las cuales deben ser complementadas con otras estrategias y acciones específicas para cada caso:

- a) Intervención psico-socio-educativa: terapéuticas y de fortalecimiento familiar,
- Intervención socio educativa orientada a la autonomía progresiva según posibilidades de auto-determinación de los niños/as y adolescentes, su evolución y madurez, la que puede ser individual y con apoyo contextual, es decir, de la familia o adultos relacionados, e idealmente en colaboración con los profesionales participantes del medio escolar u otros equipos.
- Actividades formativas y recreativas, en la cuales los niños, niñas y adolescentes puedan encontrar espacios de esparcimiento con una planificación. Esto implica disminuir considerablemente los tiempos muertos en los que se pierde la oportunidad de desarrollo de competencias y habilidades específicas para la vida diaria.
- Evaluar la pertinencia de gestionar la capacitación o habilitación laboral en caso de adolescentes con discapacidad que puedan avanzar hacia la vida independiente o semi-independiente, como una medida para contribuir a su auto-valencia.

- b) Intervención terapéuticas

---

<sup>65</sup> SENAME. (2014) Guía de estrategias de intervención Familiar. Instituto Chileno de Terapia Familiar, Programa Vida Nueva.

<sup>66</sup> Cirillo, Stefano (2012), citado en Guía de estrategias de intervención Familiar. Instituto Chileno de Terapia Familiar, Programa Vida Nueva SENAME, abril 2014.

- Intervención terapéutica, individual o grupal, destinadas disminuir los efectos de vulneración que afecta al niño/a o adolescente, a través de juego o con otros elementos seleccionados de acuerdo a la edad y discapacidad. Esta intervención incluye la derivación a servicios de la red local (en salud, u otros), según requerimientos y monitoreo del proceso del niño(a) y adolescente.
- La ejecución del PII siempre incluye acciones de derivación a terapia Individual de rehabilitación u otra, para el niño/a o adolescente y del adulto relacionado en coordinación con la red, se trata de obtener ayudas técnicas para los niños/as y adolescentes y apoyos terapéuticos que la residencia no puede dar a los adultos relacionados, por ejemplo de salud mental, drogas o alcohol según hallazgos del diagnóstico realizado y objetivos ya diseñados en el Plan de Intervención.

c) Intervención de fortalecimiento familiar,

- Visitas en el domicilio o supervisadas en la residencia con la familia o adulto relacionado, en las que se aborda la relación del niño/a y adolescente con el adulto y los profesionales trabajan a partir de modelaje e indicaciones para que éstos se adecúen a las necesidades del niño(a). Observando los progresos de los adultos en labores de cuidado y protección de los niños/as o adolescente.
- Efectuar intervenciones psicológicas y socioeducativas específicas con los adultos que favorezcan el desarrollo de sus competencias parentales – marentales, en función de fortalecer el cuidado y protección de los niños, niñas y adolescentes y aceptar la discapacidad, mediante actividades como talleres o sesiones individuales, acompañamiento y modelaje directo, visitas domiciliarias, entre otras.
- Informar y habilitar a la familia o adultos relacionados, respecto de la existencia y uso adecuado de las redes de apoyo locales para la obtención de prestaciones y beneficios necesarios.

Frente a las opciones para lograr el objetivo de integración en la familia biológica, o en subsidio la mantención de los vínculos con los referentes significativos de la familia o con otros adultos ajenos al círculo familiar, se proponen las siguientes acciones mínimas:

<b>Para la reunificación</b>	<b>Para mantención de vínculos</b>	<b>Para establecer vínculos con otros ajenos a la familia</b>
Realizar proceso acorde a evaluación con escala de reunificación familiar NCFAS-R para la preservación de la familia.	Conforme al proceso esclarecer los obstaculizadores (familiares y/o sociales) que impiden a la familia asumir el cuidado en el entorno familiar. Concordar plan de mantención de vínculos conforme a visitas o salidas con acciones definidas de intercambio con sus hijos/as en actividades de la vida diaria, formativas o afectivas. Informe de cierre al Tribunal de Familia respecto de la intervención familiar para la reunificación y continuidad de informes de permanencia asociado al cumplimiento de las acciones del plan de mantención de vínculos.	Descartar posibilidad de intención de adoptar Evaluar posibles personas vinculadas que deseen visitar o cuidar al niño/a y que eventualmente podrían asumir la acogida en familia. Realizar evaluación de competencias e inhabilidades. Considerar guía de trabajo con voluntarios, apadrinamiento o amigos de las personas con discapacidad

Las estrategias metodológicas deben ser generadas por la reflexión del equipo interventor, basadas en los resultados de la evaluación de competencias parentales de modo que se tenga claridad sobre el foco a abordar. Considerar que las familias tienden a buscar equilibrios para superar sus problemas y recibir apoyos, la metodología de trabajo debe basarse en la parentalidad positiva<sup>67</sup> y trabajar con un enfoque centrado en los recursos de la familia de origen con el fin de reforzar los lazos familiares en lugar de cortarlos.

Durante la ejecución del PII pueden darse situaciones de crisis, las que deben ser abordadas en el momento, sin perder el foco de la intervención ya definido<sup>68</sup>, por ello se recomienda que los profesionales mantengan una revisión continua del PII.

Otro aspecto del trabajo que cabe destacar se refiere a las **intervenciones grupales**, en tanto las residencias son una comunidad de vida que implica una serie de procesos de aprendizaje que en ocasiones los niños, niñas y adolescentes pueden haber estado excluidos, por lo cual es importante generar instancias de socialización en el contexto protegido y normado que ofrece la residencia, como las que se señalan a continuación:

- Actividades lúdicas y didácticas para fomentar el desarrollo de vínculos y relaciones interpersonales entre pares e interacción respetuosa, considerando los intereses de la etapa evolutiva de éstos.
- Instancias de entretención y recreación grupal e intercambio dentro y fuera de la residencia, tales como salidas a espacios abiertos, juegos colectivos, cines, parques, entre otros.

Otro aspecto necesario de relevar en el periodo de ejecución del plan se refiere a **las visitas, que son entendidas como un derecho inherente de los niños/as y adolescentes en protección residencial** siendo determinantes para prestar un servicio residencial de calidad. Esto, pues si ellas no se facilitan, se estaría propiciando la desvinculación de la familia y el abandono progresivo. Es responsabilidad del equipo técnico de la residencia, **propiciar y orientar dichos encuentros**. Las visitas, se deben hacer efectivas, sólo en aquellos casos en que no exista prohibición legal para el contacto entre el adulto y los niños, niñas y adolescentes.

Las visitas constituyen una instancia que debe ser considerada en todo el proceso de intervención, como un espacio privilegiado para desarrollar - con el niño/a o adolescente y la familia - las estrategias planteadas en el PII para alcanzar los objetivos propuestos, por ejemplo, con el fortalecimiento de las competencias parentales de los adultos y habilidades para ejercer apropiadamente el cuidado y atenciones que los niños(as) requieren, mediante actividades debidamente planificadas con los adultos.

El equipo de la residencia orientará y modelará a los adultos responsables en los cuidados de la vida diaria y también gestionará para que puedan acceder a cursos y formación en instancias del ámbito de la salud, psico-educación y educación especial u

---

<sup>67</sup> Enfoque acuñado por María José Rodrigo. (Dra. María José Rodrigo López. Catedrática de Psicología Evolutiva y de la Educación. Asesora de la Unión Europea en protección de la infancia y la familia) - Se define como el comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan su pleno desarrollo. "Implica enseñar a los padres a apoyar y a educar a sus hijos utilizando métodos y estrategias positivas, pero que le marquen límites y valores pero sin tener que apelar a castigos de disciplina demasiado severa".

<sup>68</sup> Curso taller de capacitación profesional NCFAS G+R, de Fundación Ideas para la Infancia a DEPRODE, octubre 2015.

otras que les entreguen elementos claves para el cuidado y apoyo al desarrollo integral de los sujetos de atención, además de propiciar la entrega de continuidad de apoyo a la intervención de salud de los niños, niñas o adolescentes.

El equipo debe resguardar también que el espacio de visita permita momentos la libre interacción entre los familiares y los niños/as y adolescentes, con respeto a su intimidad. Es decir, el encuentro se debe preparar y realizar de tal modo, que permita actividades de intervención (tales como observación, conversación semi estructurada, etc.) pero también un espacio de privacidad de los niños, niñas o adolescente y quienes le visitan.

Las visitas supervisadas con familia o adulto relacionado, son una instancia adecuada para que se aborde la relación del niño(a) y adolescente con el adulto y los profesionales trabajen a partir del modelaje e indicaciones, para que éstos se adecúen a las necesidades del niño(a). Esta intervención con las familias o adultos por parte de profesionales del proyecto, deberá abordar con ellos de manera empática y comprensiva el natural estrés que representa para sus integrantes, el cuidado de un niño(a) con discapacidad, fortaleciendo el acercamiento y los vínculos, sin apresurar los procesos en función del egreso, considerar que esto puede ser contraproducente y ahuyentar a la familia.

Es por lo anterior que, desde el ingreso, como parte de los compromisos a establecer con la madre/padre o adulto relacionado, se encuentra la **periodicidad de las visitas** en la residencia. Estos encuentros regulares, concertados y autorizados por el o los profesionales responsables, se entenderán como mínimo **una (1) vez por semana** en la misma residencia. El horario de visita, debe estar organizado y comunicado a los adultos, sin embargo, se debe flexibilizar lo suficiente para considerar las exigencias particulares que éstos tengan, como jornadas laborales, educativas entre otras en los casos que lo ameriten.

Posteriormente, si en la evaluación del proceso se concluye que la intervención con familia o adultos relacionados, ha logrado avances en garantizar la protección, las visitas pueden ser con menor supervisión del equipo residencial e incorporar salidas durante el día o de fin de semana, vacaciones, hasta llegar a la reunificación familiar, lo que deberá estar registrado en las actualizaciones del PII y en el libro de registro de visitas del centro. Es relevante hacer referencia especial a la **autovalencia y/o autonomía** progresiva, que se espera que puedan ir alcanzando los niños, niñas y adolescentes, aun cuando su discapacidad sea severa y alta su dependencia de terceros, en consecuencia, la residencia debe favorecer su proceder en esta dirección, siempre a favor del bienestar de los niños, niñas y adolescentes y su seguridad. La autonomía debe reflejarse en diversas áreas de la vida de éstos, tales como:

- *Actividades de la Vida Diaria*: Orientadas a cuidar el propio cuerpo (bañarse, alimentarse, desplazarse, entre otros) e instrumentales dirigidas a la ejecución de tareas, entrenamiento en habilidades sociales e instrumentales de interacción con el ambiente
- *Juego y uso del tiempo libre*: Cualquier actividad espontánea y organizada que provee goce, entretenimiento, etc.
- *Habilidades de Comunicación y Participación social*: asistencia a actividades asociadas con patrones organizados de comportamiento pro-sociales por ejemplo, conductas de respeto y buen trato, asistencia a actividades culturales extra programáticas.

- **Educación:** Incluye actividades que se requieren para ser estudiante y participar en un ambiente de aprendizaje (ya sea en ámbito de educación formal o informal).

Dentro de éstas diversas áreas de la vida, en esta modalidad residencial se favorecerá que los niños, niñas y adolescentes obtengan progresivamente, mayores niveles de auto-valencia, debiendo el equipo evaluar cada caso en particular, a fin de determinar en qué áreas es más pertinente desarrollar esta auto-valencia.

Mención especial requiere el abordaje de la **sexualidad** con los niños, niñas y adolescentes, toda vez que ella se constituye en parte de la vida, siendo la educación sexual un derecho de todos los niños y niñas independiente de la discapacidad.

Durante la ejecución, considerar las indicaciones precedentes<sup>69</sup> y las actualmente planteadas por la “Guía de Prevención del **Abuso Sexual** en el Contexto Residencial”<sup>70</sup>, versión 2015 en la cual se aconseja generar medidas para prevenir situaciones de maltrato y abuso sexual en el contexto de visitas de niños y niñas a su entorno familiar.

Así también, el **control de los agentes externos que ingresan a la residencia**, toda vez que el abuso sexual de extraños que ingresan a la institución es una situación que **no se puede tolerar**, por lo que se torna fundamental tomar esos resguardos en términos de la prevención integral de las condiciones de riesgo.

“La educación sexual es necesaria para todos y también para los niños y niñas con discapacidad, pues incluye parte importante de los conocimientos y habilidades que necesitan para desarrollarse saludables y desempeñarse adecuadamente en el mundo que les ha tocado vivir. Además, contribuye a fomentar en ellos la madurez y los sentimientos positivos acerca de sí mismos, ayudándoles a rechazar ideas equivocadas como que no son dignos de ser amados o que nunca podrán mantener una relación afectiva satisfactoria. Después de todo, la salud sexual es una parte importante de la salud física y mental<sup>71</sup>”.

#### ▪ Evaluación del Plan de Intervención Individual

La intervención residencial es transitoria para efectos del fortalecimiento de las capacidades de cuidado de quienes pueden concretar el egreso, esto requiere ser evaluado en forma regular durante todo el proceso de intervención, especialmente antes de cada trimestre, como ejercicio previo al envío del informe de permanencia o avance al tribunal. Ésta evaluación debe realizarse en sesiones de reflexión técnica planificadas con este fin, incluyendo la participación de los niños/as y adolescentes, si es posible y del adulto o los adultos con quien/es se prevé el egreso. Lo anterior, es válido para todos los niños/as y adolescentes, independiente de su discapacidad.

<sup>69</sup> Documentos temáticos específicos socializados con los Centros residenciales denominados:

1. Orientaciones generales sobre el desarrollo sexual en niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos y con necesidades especiales. Año 2011
2. Orientaciones sobre la intervención especializada para ofensores sexuales que presentan discapacidad intelectual. Año 2011

<sup>70</sup> Guía elaborada por DEPRODE y difundida a los centros residenciales en diciembre 2015. Aquellas instituciones que no cuenten con ella, deben solicitarla a sus respectivas Direcciones Regionales de SENAME. Ver apartado “Sexualidad y discapacidad intelectual” (página 25 y siguientes). Asimismo se sugiere revisar y aplicar lo indicado en el anexo 1 “La sexualidad en los niños/as y adolescentes con discapacidad”

<sup>71</sup> PES, IID, UNFPA, UNICEF (2011), “*Es parte de la vida. Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia*”.

En estas instancias, se aborda la percepción de quienes están involucrados en la intervención profesional, se analiza el cumplimiento de compromisos y del avance del plan para el logro de los objetivos propuestos. Es en este ejercicio evaluativo, donde se puede re-estructurar la continuidad o los cambios en los objetivos y acciones del PII.

Al igual que en el momento de diseño del PII, es preciso integrar la visión de otros integrantes del equipo y de otros equipos intervinientes, a través de la presentación de la evaluación del PII en reunión técnica y/o con el director/a de la residencia y en reuniones de coordinación con otros equipos, integrando su visión.

La sesión de evaluación debe registrarse en la carpeta individual y en Senainfo e integrarse al PII, justificando la continuidad o cambios del mismo.

La revisión sistemática de los casos es una práctica necesaria de los equipos, porque no sólo favorece la emisión de informes de permanencia<sup>72</sup> o avance - exigido por el Tribunal que ordenó la internación- si no porque además aclara a los intervinientes en forma oportuna la toma de decisiones que garanticen el bienestar y del niño/a o adolescente, en el tiempo. Esta fase del trabajo residencial es fundamental también para evitar las largas permanencias en el sistema residencial. Como se ha dicho, su frecuencia debe ser trimestral<sup>73</sup>, a excepción que el Tribunal estipule distinta periodicidad o se haya llegado a un acuerdo al respecto.

Asimismo, cualquier evento extraordinario y relevante surgido a partir del proceso de intervención y que demande una respuesta pronta y específica por parte del Tribunal competente, puede ser solicitado en cualquier momento, por lo que no es necesario esperar la fecha del Informe de Permanencia para actualizar<sup>74</sup>, especialmente si favorece el egreso de los sujetos de atención con familia.

Se debe tener en cuenta que cada tres meses es posible hacer una evaluación de proceso y a los seis meses es recomendable realizar el análisis evaluativo, para constatar los cambios en una familia que está siendo intervenida desde un modelo eco-sistémico centrado en los recursos. La evaluación de proceso, permite oportunamente sopesar los logros del plan de intervención, valorar nuevas situaciones, hacer modificaciones y ajustes a la intervención.

Al momento de realizar evaluaciones de proceso es importante tener en cuenta que desde el punto de vista técnico, la buena práctica indica que seis (6) meses de intervención con los sujetos de atención y la familia o los adultos relacionados, es un tiempo razonable para tener avances en el proceso de intervención. Ahora, si la familia de origen u otro adulto de apoyo participante en el proceso de fortalecimiento de sus

---

<sup>72</sup> Los Informes de Permanencia (avance) en los Centros Residenciales, se nutren del PII y ponen en conocimiento al Tribunal de Familia sobre el avance del caso. Sintetizan, describen y seleccionan los elementos necesarios del proceso de intervención, a fin de dar cuenta de la información precisa para la toma de decisiones. En definitiva, se trata de señalar el avance basado en argumentos claros y para precisar una conclusión que alude al sentido de las decisiones que se proyectan a futuro: continuidad, término, complementación, derivación, etc. Este informe tiene como fin último evitar la prolongación innecesaria de los cuidados alternativos.

<sup>73</sup> El Artículo N°76 de la ley N°19.968 de Tribunales de Familia, establece que a través de los denominados Informes de Permanencia, los/as directores/as de los Centros Residenciales están mandatados a informar a lo menos cada tres (3) meses al tribunal competente, sobre el avance de la situación de vulneración que determinó la privación de los cuidados parentales e el ingreso a la residencia.

<sup>74</sup> Por ejemplo, solicitud de nombramiento de curador Ad litem; solicitud de Audiencia reservada para los niños/as y adolescentes; derivación a PRM, DAM, SML u otro; revocación de pre-egreso, entre otros.

competencias parentales, no presenta avances o logros en ese sentido, la residencia deberá plantear esta situación al Tribunal de Familia, proponiendo otra alternativa, dependiendo del análisis de cada caso.

Es posible también, que el proyecto residencial **realice una solicitud de Revisión de la Medida de Protección** al Tribunal de Familia, ante cambios importantes en la situación de vulnerabilidad. Por ejemplo, si la familia se traslada a otra región, o se evalúa que se dará inicio a la preparación a la vida independiente o semi-protegida. Esto se realiza luego de un proceso de toma de decisiones compartido entre los actores intervinientes, en función de garantizar el respeto al mejor Interés Superior del niño, niña o adolescente, incluyendo a los equipos intervinientes, con el objeto de recoger antecedentes y conocer su opinión técnica al respecto, desde su ámbito de competencia. También es posible que el equipo abra la opción de evaluar el traslado a un Programa ambulatorio o de Familia de Acogida (FAE) con familia externa, evaluada y/o seleccionada por profesionales de dicho programa, coordinando previamente entre residencia y el Programa FAE, antes de informar y oficializar los antecedentes al Tribunal. En cualquier decisión que se proponga, es necesario incluir la opinión del niño/a o adolescente de acuerdo a su nivel de desarrollo y de la familia si se cuenta con su colaboración, y por supuesto, acompañarla en el eventual proceso de cambio al acogimiento familiar, pues aunque se trate de una medida acordada, no dejará de tener impacto.

Esta etapa conlleva también la evaluación ex -post de resultados obtenidos del Plan de Intervención Individual (PII), siendo entre las principales gestiones las relacionadas con el ámbito de la salud, autonomía progresiva, educación/terapia ocupacional, equipamiento y habitabilidad, seguridad social; como por ejemplo: gestiones para asegurar la continuidad de las prestaciones de salud, revisión de condiciones adecuadas de la futura vivienda, coordinaciones con programas educativos y /u ocupacionales que provean continuidad de los servicios en esta área, gestionar la delegación de poder relativa a beneficios sociales, etc. Lo anterior, porque la evaluación del plan permite visualizar antes de iniciar pre-egreso el estado y las necesidades al término del proceso y proyectar la mejor opción dar continuidad al cuidado del niño/a o adolescente, por ello, la residencia envía un informe al Tribunal de Familia, con las razones fundadas de esa decisión, dejando siempre apertura a la búsqueda o cambio de la situación a favor de aportar al egreso del niño, niña o adolescente del cuidado residencial.

#### ▪ **Pre-egreso**

En esta etapa corresponde la consolidación del vínculo o relación entre familia y sujeto de atención, así como el reforzamiento de lo abordado en la etapa interventiva. Se ha considerado un tiempo relativo que bordea los tres meses.

Tal como se indicó, durante la ejecución del Plan de Intervención Individual se evalúan los avances con la familia de egreso y la intervención con los niños/as y adolescentes, lo cual incluye la preparación para el cambio ajustándose en cada caso a la opción de familia de egreso que se ha determinado como la mejor opción estabilizadora, esta es una etapa en la que se afianza la permanencia de niño, niña o adolescente en la familia.

El pre-egreso se define como etapa final del ciclo de intervención, previa a la concreción

del egreso propiamente tal, tendiente a fortalecer e intensificar acciones orientadas a la inserción o reunificación familiar definitiva con la familia con la cual se ha desarrollado el proceso de intervención.

Es el momento en que se realiza la evaluación de los logros de manera comparada con el diagnóstico inicial, a través de la evaluación ex post del funcionamiento familiar y de las competencias parentales y otros aspectos específicos de cada caso. Cualquiera sea la alternativa de familia con la que se pronostica el egreso, es preciso contar con una evaluación de resultados obtenidos, para lo cual es recomendable utilizar la escala NCFAS-R, donde las dimensiones -según juicio profesional- suponen el tránsito a puntajes de “problema leve” o “adecuado”, de forma que se constaten logros que garanticen la protección en el contexto familiar. Ello significa el cierre de la intervención residencial y el aumento paulatino del cuidado a cargo de los adultos con los que se pronostica el egreso, prolongando los periodos de permanencia en el entorno familiar, donde vivirán definitivamente al egresar de la residencia.

La evaluación debe realizarse en sesiones planificadas con este fin, con participación del niño/a - según sus posibilidades - y del adulto relacionado. Y en ellas se aborda la percepción que tienen éstos de la intervención profesional, del cumplimiento de compromisos concretos y del estado de avance de esas acciones para el logro de los objetivos propuestos. Esto se contrasta con la visión de los profesionales sobre los mismos temas. Luego de esto puede proponerse la continuidad o cambios en los objetivos y acciones del PII. Es fundamental tener en consideración que **la evaluación de la posibilidad del egreso debe estar dado a partir de la disminución o eliminación de las vulneraciones de derechos y no de la discapacidad**, ya que ésta no constituye causal de ingreso.

Al igual que en el momento de diseño del PII, se incorpora la visión de otros integrantes del equipo y de otros equipos intervinientes, a través de la presentación de la evaluación del PII en reunión técnica y/o con el director/a de la residencia y en reuniones de coordinación con otros equipos, integrando su visión.

Esta fase del trabajo es una instancia fundamental para la toma de decisiones oportunas y evitar las largas permanencias en el sistema residencial, como ocurre en casos de niños/as y adolescentes vulnerados que presentan discapacidad.

Los resultados de la evaluación ex post deben ser plasmados en un informe. Luego de la socialización y retroalimentación de dicho documento - por parte del equipo interviniente a la familia y/o adulto con quien se trabaja el egreso, así también al niño/a, conforme su edad y características - se debe enviar al Tribunal correspondiente. En él se fundamentará el inicio de la etapa de pre-egreso (si corresponde iniciarla), solicitando expresamente la modificación de la medida de protección<sup>75</sup> y el PII actualizado a este nuevo escenario de la intervención.

En este contexto, el inicio de proceso de pre-egreso, está dado por la resolución judicial que la autoriza y la consiguiente pernoctación del niño/a en el domicilio familiar.

---

<sup>75</sup> El documento debe tener la Petición concreta, de modificación de la medida de protección, relacionada con autorizar al niño/a a pernoctar con el adulto con quien se está trabajando el egreso, señalando el nombre de éste y domicilio de residencia, que es donde el niño permanecerá.

El equipo debe monitorear los períodos de permanencia con la familia, a través de las acciones en terreno como también a través del reporte de las redes, en especial si el niño, niña o adolescente se ha integrado a una escuela especial y consultorio de su comuna.

El Plan de Intervención Individual debe reflejar objetivos para la estadía programada y progresiva con la familia o adulto no familiar relacionado, incluyendo en carpeta la autorización del Tribunal de Familia, pues esa aprobación respalda que los niños/as o adolescentes permanezcan y pernocten con la familia que se pronostica el egreso.

En esa etapa, el equipo residencial, mediante visitas domiciliarias, identifica las fortalezas y las dificultades que puedan surgir en la dinámica familiar, en función de la reunificación, reforzando los ámbitos que lo requieran para apoyar la adaptación de todos los miembros de la familia a la nueva situación. Cabe señalar que los contactos telefónicos son acciones complementarias y no pueden homologarse a un encuentro presencial, pues de producirse dificultades en la adaptación del niño(a) o adolescente al hogar familiar permite actuar oportunamente en el acompañamiento terapéutico y/o la toma de decisiones.

En esta instancia se valora la integración socio-comunitaria de los niños/as y adolescentes y los avances observados en el desarrollo personal, constatando si se han producido cambios positivos en cuanto a la protección de los adultos fortalecidos en sus habilidades de crianza. Es decir, si ya se presentan las condiciones adecuadas para recibir y asegurar el cuidado de los niños/as y adolescentes, o bien se han generado las definiciones y condiciones para que la familia o adultos relacionados puedan continuar apoyados por otra alternativa de intervención posterior al egreso residencial, programas ambulatorios, OPD, consultorio, entre otras posibilidades

La familia que participa de esta etapa es aquella con la cual la residencia directamente y en trabajo articulado con otros programas de la red de SENAME y del intersector, ha realizado el proceso de preparación para la reunificación y fortalecimiento de sus competencias parentales y activación de redes de apoyo o soporte comunitario, para que estén en condiciones de asumir el cuidado de los niños/as y adolescentes en cuidado alternativo residencial.

Es el momento también de realizar gestiones de traslado de establecimiento de salud y educacional, u otros, según corresponda, para asegurar el acceso a todas las prestaciones y servicios requeridos.

También en el pre-egreso se ha de valorar la posibilidad de una vida independiente o semi-protegida, teniendo presente entre otros factores, la edad y habilidades alcanzadas. Si éste fuese el caso, las metodologías y estrategias se ajustan a este nuevo contexto de intervención con gestiones intersectoriales. Dentro de las cuales, se debe considerar las habilidades de la vida diaria e instrumentales, acceder a procesos de formación de hábitos para el mundo laboral de las personas discapacitadas, para establecer oportunidades de acceso al empleo o trabajo remunerado. Todo lo anterior, de modo que el/la adolescente pueda comenzar a vivir en un inmueble distinto a la residencia, solo o con pares y tutoriados/as por personal de la residencia.

A modo de síntesis, para la residencia **el proceso de pre-egreso, significa realizar acciones mínimas de acompañamiento y monitoreo**, tales como las que se señalan a continuación:

1. Culminación de la preparación de la familia o adultos relacionados con los que vivirá el niño, niña o adolescente, la integración de éstos en la cotidianidad del hogar y apoyo en la crianza del niño/a.
2. Coordinaciones para continuar la reunificación asistida con la participación de otros proyectos externos a la residencia, si así se estima conveniente.
3. Verificación de la efectividad y mantención de los apoyos en el ámbito de la protección social, en lo jurídico, u otras prestaciones que se ha definido como imprescindibles para que la familia de egreso pueda cumplir su función protectora.
4. Verificación in situ de la estabilidad de las condiciones de protección del niño, niña o adolescente: resolución de los factores de riesgo y legales; comprensión de la familia de egreso de las necesidades de tratamiento del niño, niña o adolescente.

Asimismo, al interior de la residencia se realizan las siguientes actividades previas a la integración del niño, niña o adolescente al hogar familiar donde permanecerán:

- Revisión y registro de despedida en el cuaderno o libro de vida elaborado durante la estadía, lo cual puede constituir una herramienta para estos fines.
- Acompañamiento en la despedida del niño, niña o adolescente de sus pares y del equipo técnico que participó del acogimiento residencial.

Lo anterior se realiza con todas las familias de egreso, salvo las situaciones de adopción, en las que como ya se indicó, se habrán realizado las acciones señaladas con la Unidad de Adopción de la respectiva Dirección Regional de SENAME.

El plazo estimado de la etapa de pre-egreso y egreso, se estima en tres meses. Habiéndose observado lograda la protección en el contexto familiar, entonces se solicita el egreso formal del niño/a o adolescente al Tribunal de Familia. Esto se realiza a través de un informe que se constituya en un resumen de los logros alcanzados (desde lo que se dio cuenta en el último Informe de Permanencia o avance) en relación al estado de vulneración de derechos que originó el ingreso a la residencia y los cambios o logros alcanzados en el proceso. Por tanto, debe incluir los tiempos que ha estado en etapa de pre egreso y los resultados de esta, así como los datos de la familia con la cual se solicita el egreso. Junto a ello, se debe enfatizar en la necesidad o no, de dar continuidad a la intervención desde las redes ambulatorias, tanto para el niño/a o adolescente o referentes significativos, por ejemplo un Programa de Prevención Focalizada (PPF).

Habrán situaciones que prolonguen los plazos de permanencia en la residencia, en esos casos, el desarrollo de los respectivos planes de intervención dará especial énfasis a la **interacción del niño, niña o adolescente con adultos de referencia y a la mantención de los vínculos afectivos**, con quienes tenga relación una vinculación afectiva, de la familia consanguínea o personas sin lazos de parentesco, a quienes el proyecto habrá evaluado y verificado que no exista ningún tipo de prohibición o contraindicación para la realización de las visitas y se realice un trabajo con éstos para que asuman un **compromiso sostenible**. Éste se expresará en el acompañamiento periódico y sistemático al niño, niña o adolescente en la residencia, en que se les orientará para que realicen tareas concretas de apoyo a la vida cotidiana de éstos, como también en las actividades que estos adultos realicen con los niños(as) fuera de la residencia, si se han autorizado salidas, como por ejemplo, estadías en el hogar familiar durante fines de semana o vacaciones.

Así, aunque la familia no haya podido ofrecer a un niño, niña o adolescente una reinserción definitiva en el hogar familiar, porque no cuenta con determinadas

condiciones necesarias para su cuidado y bienestar en el domicilio, el trabajo de la residencia buscará **evitar el abandono funcional** de éstos, fomentando la mantención del vínculo y la responsabilización de parte de los adultos. Imprescindible haber diseñado desde el principio estrategias para la acogida facilitadora y cálida de los adultos, de forma que no se sientan amenazados de asumir el cuidado definitivo de los niños/as o adolescentes y ante su imposibilidad se propicie el abandono.

- **Egreso**

Esta etapa corresponde al cierre definitivo del proceso, que es primordialmente administrativo, sin embargo considera un cierre con la familia y los niños/as. No debiese extenderse por más de dos semanas. Ante la aceptación por parte del tribunal de la solicitud de egreso de la residencia, ésta pone en práctica estrategias de refuerzo con la familia definitiva, propiciando la autonomía total de ellos de la residencia. Se debe verificar que esta respuesta corresponda a una orden de egreso explícitamente manifestada o si es rechazada, se indique la extensión del período de pre-egreso u otra, según corresponda al caso a caso. De no contar con esto, se debe enviar un informe al Tribunal solicitando aclara o reflejar en la orden lo instruido.

La estadía prolongada del niño/a o adolescente a la familia, va a concretar el proceso de **egreso propiamente tal, el cual aún conlleva acciones administrativas a realizarse en un plazo de dos semanas** (egreso de Senainfo, revisión y orden de la carpeta y entrega de documentación relevante a la familia o proyectos externos que continúen el proceso, según corresponda), unidas a la participación del niño/a o adolescente y/o la familia en actividades finales de cierre de la intervención residencial, como es la evaluación de los usuarios/as en relación a los servicios prestados en la residencia.

En caso de preparación para la vida independiente o semi-protegida fuera de la residencia, las metodologías y estrategias se ajustarán a ese contexto de intervención, el cual conlleva énfasis en las gestiones intersectoriales, y se informa al tribunal el cierre del trabajo con la familia o adultos con los que se exploró y trabajó para el egreso, sin resultados favorables, lo que llevó a tomar esta decisión.

En caso que los resultados de la evaluación hubiesen dado cuenta de elementos o factores que obstaculizan el egreso, se permanecerá en la etapa de pre-egreso, con las justificaciones técnicas que correspondan y las acciones de refuerzo, enfatizando el aspecto familiar y comunitario (vinculación a redes de apoyo), dando cuenta de todo ello al Tribunal, así como las proyecciones de intervención.

El equipo debe estar imbuido de los argumentos y opciones que determinan la continuidad de la intervención o de la protección residencial, más allá de los plazos que supone la intervención residencial con niños/as o adolescentes vulnerados en sus derechos.

Finalmente cabe considerar que el cierre o fin de la intervención no es el término de los problemas si no haber desarrollado la capacidad de resiliencia del niño y de la familia en la manera de afrontarlos. El pre-egreso es un momento importante para destacar los aspectos favorables del proceso que cada miembro participante desee expresar y los logros futuros que a juicio del equipo técnico se pueden alcanzar, es recomendable la escucha atenta de las opiniones sobre lo vivido y la manifestación de proyecciones y expectativas pues se trata de afianzar y distanciar los encuentros en este período final,

que la familia paulatinamente sienta que mantiene el control y cuenta con apoyo disponible para continuar de manera autónoma.

### c) PLAZOS DE LA INTERVENCIÓN

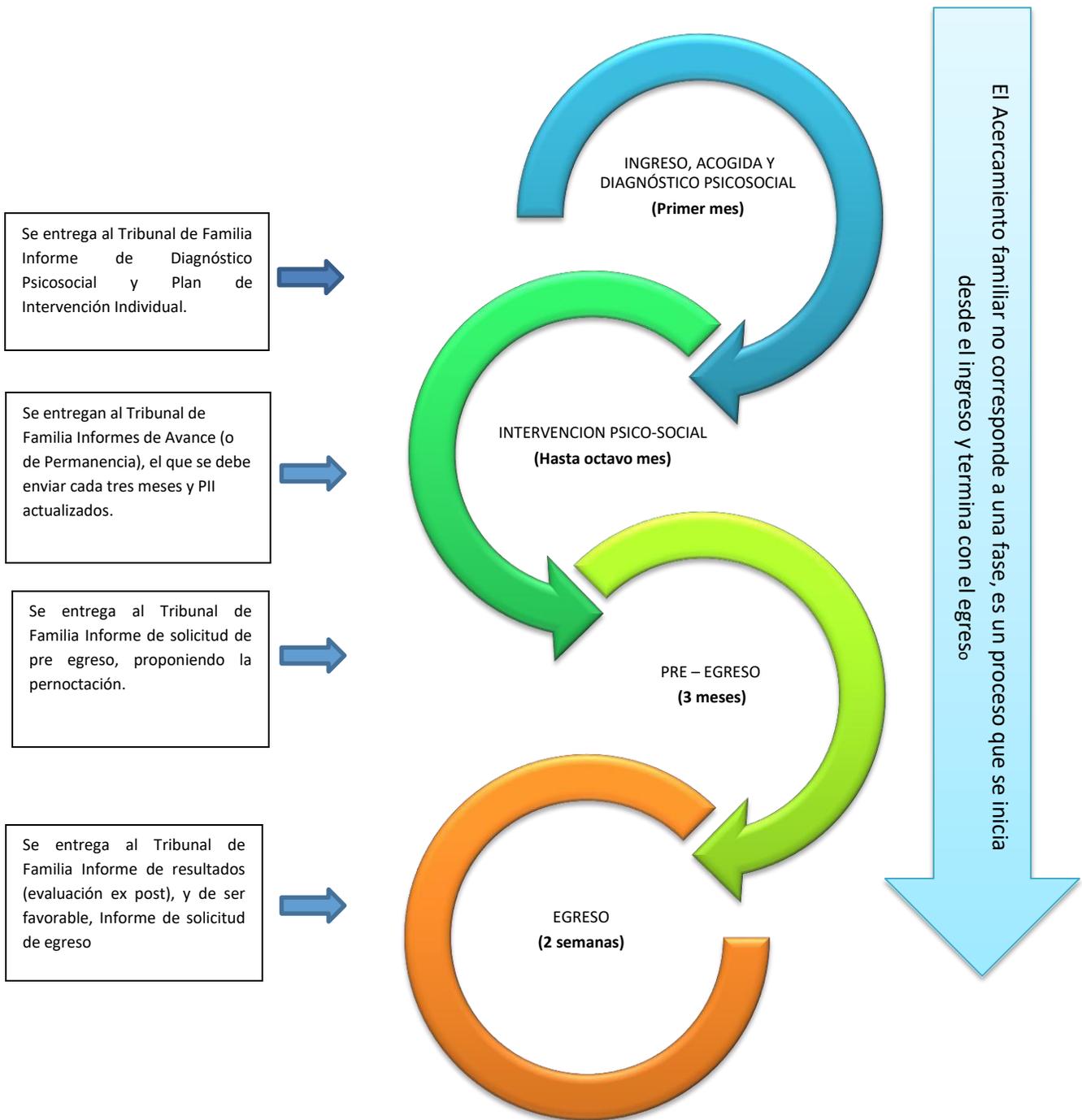
En consideración al interés superior de los niños/as y adolescentes y a su derecho a vivir en una familia estable y protectora, la estadía en la residencia no debiese extenderse por un período **superior a 12 meses** (1 año)<sup>76</sup>, lo que dependerá de los criterios técnicos y pronóstico de egreso, contrastados con los resultados alcanzados en el proceso de intervención.

Se exceptúan aquellos casos en que el Juez de la causa, determine otra medida y/o que surja una nueva situación de vulneración, la que debe ser informada a la correspondiente Dirección Regional de SENAME, al Tribunal de Familia y Fiscalía cuando los hechos constituyan un posible delito o lesiones por el ejercicio de violencia.

También se tendrá presente la pertinencia de realizar un proceso de intervención más prolongado sobre los 12 meses y dirigido a reforzar logros o a la preparación para la vida independiente o semi-protegida de adolescentes, cuando los resultados alcanzados en el plan de intervención con la familia de origen o extensa requieran acciones de continuidad o no se observen cambios significativos en relación directa con la causal de ingreso. En estas situaciones particulares, el equipo solicitará al o a la supervisor/a técnico/a de la Dirección Regional del SENAME el análisis conjunto del caso, cuyas recomendaciones serán informadas al Tribunal de Familia.

Por tanto, los plazos de intervención para cada una de las fases del proceso con los niños/as y adolescentes, familias de egreso y redes de apoyo, **son referenciales**, al depender del proceso y evaluación de cada caso en particular, los que pueden ser inferiores al plazo señalado o extenderse si existen razones técnicas fundadas para ello

<sup>76</sup> Conforme a lo señalado por la Ley de Menores, N°16.618, en su artículo N°30, donde indica que la medida de internación en un establecimiento de protección sólo procederá en aquellos casos en que, para cautelar la integridad física o síquica del menor de edad, resulte indispensable separarlo de su medio familiar o de las personas que lo tienen bajo su cuidado (...). Esta medida tendrá un carácter esencialmente temporal, **no se decretará por un plazo superior a un año**, y deberá ser revisada por el tribunal cada seis meses, para lo cual solicitará los informes que procedan al encargado del Centro u hogar respectivo. Sin perjuicio de ello, podrá renovarse en esos mismos términos y condiciones, mientras subsista la causal que le dio lugar. En todo caso, el tribunal podrá sustituir o dejar sin efecto la medida antes del vencimiento del plazo por el que la hubiere dispuesto.



## V. RECURSOS HUMANOS

La selección del personal apunta a la contratación de un equipo humano idóneo y con las competencias y experiencia necesarias para trabajar con niñez y adolescencia vulnerada en sus derechos.

Tal como se establece en el artículo 65, título VII del Reglamento de la Ley 20.032, “el personal que los Organismos Colaboradores Acreditados contraten para la ejecución de los proyectos no tendrá relación laboral alguna con el SENAME, sino que, exclusivamente, con dichos colaboradores, siendo responsabilidad de éstos el estricto cumplimiento de las normas laborales y previsionales”.

Así también, dicho artículo indica que “SENAME no podrá intervenir en materias de orden laboral ni relativas a la relación contractuales establecida entre los colaboradores acreditados y sus trabajadores, sin perjuicio de la supervisión del gasto y de la calificación técnica de su personal comprometida en el respectivo proyecto”.

Las residencias RDG contarán con personal profesional y técnico cuya contratación será financiada mediante la subvención residencial.

A continuación se describen las orientaciones referidas al proceso de selección, preparación y cuidado de los recursos humanos, en el proyecto residencial.



### a) PRE-SELECCIÓN

Esta fase requiere por parte del organismo colaborador responsable de la residencia, la definición de perfiles de cargo, desde las competencias técnicas y características personales requeridas (por ejemplo: nivel de empatía, autocontrol, iniciativa para la toma de decisiones, entre otras).

Previamente a la entrevista de selección, se debe pedir a los/as postulantes la presentación de los antecedentes que se consignan a continuación:

- Certificado de título profesional o técnico, acorde al cargo y funciones a desempeñar, junto a la acreditación de perfeccionamiento y capacitaciones atinentes a la función.
- Declaración jurada simple que exprese la circunstancia de no estar procesado/a o formalizado/a por crimen o simple delito.
- Certificado de Antecedentes para Fines Especiales vigente (verificando la no existencia de antecedentes penales que inhabiliten para las funciones a desempeñar).

Por su parte, el ejecutor deberá verificar que cada postulante no figure en el “Registro de inhabilidad para trabajar con niños”, al que se puede acceder en el sitio web del Registro

Civil (<http://www.registrocivil.cl/home.html>, “consultas de registros en línea”) o bien, a través del sitio web institucional (<http://www.sename.cl/wsename/index.php>). Esta verificación se deberá realizar periódicamente (cada 6 meses) respecto del personal contratado y ante nuevas contrataciones<sup>77</sup>.

## **b) SELECCIÓN**

El personal de la residencia debe ser seleccionado mediante un proceso de evaluación que permita asegurar su idoneidad para el trabajo con niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos y que presentan discapacidad. Así también, de acreditación de capacitaciones atinentes a la función que desarrollarán en el centro. La institución se deberá realizar una evaluación del desempeño con una periodicidad no inferior a 6 meses a todos los trabajadores de la residencia. Al respecto cabe considerar:

- Chequeo de veracidad de los antecedentes entregados por los/as postulantes (certificados de título, especialización y experiencia profesional o técnico acordes al rol y funciones en el proyecto; salud compatible con el cargo a desempeñar)
- Entrevista personal/evaluación de actitudes, valores y creencias en relación a la infancia y su protección.
- Evaluación psicológica.

El Organismo Colaborador es responsable de asegurar la idoneidad de los antecedentes psicolaborales de sus trabajadores/as. Así también, debe velar para que el proceso de selección sea riguroso y realizado con oportunidad, evitando que los niños, niñas y adolescentes queden sin la debida atención, por lo que en caso de necesidad de contratar funcionarios de reemplazo, es deseable que el proceso no sobrepase un mes desde la notificación o desvinculación del trabajador/a (si ésta es inmediata).

Asimismo, la residencia debe tener un Plan de Contingencia ante ausencias, licencias médicas, suplencias, etcétera, el cual debe ser conocido y ejercido a cabalidad.

## **c) INDUCCIÓN A LA FUNCIÓN**

- Descripción y especificación de su rol y tareas a cada integrante del equipo, donde se explicitan las responsabilidades del cargo.
- Entrega de información acerca de la cultura organizacional del Organismo Colaborador y de la residencia, los valores institucionales y los estándares de cuidado de los niños, niñas y adolescentes.
- Cultura de respeto institucional por la niñez y adolescencia y dignidad intrínseca de los niños/as con discapacidad y sus derechos constitucionales, basados en la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Se dan a conocer explícitamente y por escrito los comportamientos aceptables y los no permitidos en relación al trato de los niños, niñas y adolescentes.<sup>78</sup>
- Las personas serán contratadas inicialmente por un periodo de tres meses, en que estarán a prueba. En el caso de nuevas contrataciones o reemplazos, también se

<sup>77</sup> Complementa lo anterior, la circular N°15 de 19 de octubre de 2012, que imparte instrucciones sobre la obligatoriedad contenida en los convenios suscritos entre Sename y los Organismos Colaboradores, en función de la idoneidad del personal a cargo de los proyectos y los plazos de verificación de esta idoneidad.

<sup>78</sup> Se dará cumplimiento a lo dispuesto en Circular 2308, de octubre 2013, la cual informa procedimientos que se deben utilizar ante hechos eventualmente constitutivos de delito o maltrato físico o psicológico en contra de niños, niñas o adolescentes bajo el cuidado o atendidos por instituciones coadyuvantes o colaboradores acreditados de SENAME.

deberán realizar procesos de selección de personal y garantizar que se mantendrán exigencias de formación y experiencia.

- Todos los funcionarios deben conocer y manejar los procedimientos contemplados en el plan o los planes de Inducción del Equipo, documento que deberá estar disponible ante una nueva contratación.

#### **d) CAPACITACIÓN**

El Organismo Colaborador responsable del proyecto residencial deberá proveer o facilitar la participación del personal en procesos de capacitación, a fin de actualizar y profundizar conocimientos y prácticas para la intervención con niños, niñas, adolescentes y las familias. En ese contexto, es relevante además organizar procesos de capacitación interna y acompañamiento sistemático por parte de los/as profesionales del proyecto a la labor de los(as) educadores(as)/cuidadores(as) (esto último, traducido en apoyo, orientación, interacción cotidiana y otras acciones de acompañamiento dentro de las rutinas diarias).

En específico, los/as profesionales también deben estar presentes y compartir las rutinas convivenciales de niños/as, adolescentes y sus cuidadores. Esto permite tomar insumos y favorecer la retroalimentación y aprendizajes, entre profesionales y educadores(as)/cuidadores(as).

En todo lo anterior, se debe considerar y dar cumplimiento a lo dispuesto en los Estándares Mínimos de Calidad para la Atención Residencial (SENAME 2012), específicamente, lo que respeta a “Apoyo al Recurso Humano” y el Resultado Esperado N°29.

En ese sentido, se deberá desarrollar un **plan de capacitación permanente**, que considere la relevancia del rol del cuidador(a)/educador(a) en el proceso de reparación y restitución de derechos de los niños, niñas y adolescentes.

En ese sentido, es que el Organismo Colaborador que ejecuta el proyecto, **deberá capacitar 1 vez al año como mínimo a todo el equipo que trabaja en la residencia, en instancias de formación con una extensión mínima de 8 horas**. En caso de que exista rotación del personal establecido por convenio (profesionales o cuidadores/as-educadores/as), se deberá planificar una jornada de capacitación extra para ese personal como parte de la inducción laboral.

Los temas mínimos a considerar son los siguientes:

- **Actualización y perfeccionamiento para profesionales**
  - ✓ Modelos teóricos y prácticos para la intervención psicosocial e inclusión comunitaria con niños, niñas o adolescentes y familias en situación de vulnerabilidad y de discapacidad, en especial severa o profunda, con alta dependencia de terceros;
  - ✓ Desarrollo infantil y adolescente y dificultades del desarrollo asociadas a los tipos de discapacidad.
  - ✓ Apego y parentalidad centrada en los recursos.
  - ✓ Intervención en crisis.
  - ✓ Educación sexual y discapacidad.
  - ✓ Discapacidad y enfoque de inclusión.
  - ✓ Discapacidad y vida independiente

- ✓ Metodología de intervención con familia y discapacidad. Parentalidad centrada en los recursos.
- ✓ Técnicas de trabajo acordes a los diversos tipos de manifestaciones de la discapacidad severa o profunda;
- ✓ Trabajo en red y discapacidad.

• **Introducción a conceptos básicos y capacitación para cuidadores/as-educadores/as:**

Es deseable que estos/as funcionarios/as ya cuenten con capacitación acreditada en temas de niñez vulnerada y otros acordes al cargo. Complementario a ello, la residencia deberá otorgarles oportunidades de capacitación, a fin de que actualicen/incrementen los conocimientos necesarios y posean una mayor sensibilización respecto de las problemáticas y necesidades de la población atendida. Dentro de los temas mínimos a abordar están los siguientes:

- ✓ Buen trato y educación positiva
- ✓ Desarrollo infantil y adolescente y dificultades del desarrollo asociadas a los tipos de discapacidad
- ✓ Apego en niños con discapacidad
- ✓ Primeros auxilios y técnicas de reanimación.
- ✓ Intervención en crisis. Modelamiento e incremento del repertorio de conductas para el enfrentamiento de las crisis.
- ✓ Primeros auxilios y técnicas de reanimación.
- ✓ Sexualidad y discapacidad
- ✓ Psico y socio educación.

Sobre esta materia es importante tener en cuenta que SENAME cuenta con tres perfiles y planes formativos de capacitación para cuidadores/as de protección social, respecto de niños, niñas y adolescentes dependientes de terceros, validados por Chile Valora/Comisión Nacional de Certificación de Competencias Laborales. Éstos se encuentran disponibles en la plataforma web [www.chilevalora.cl](http://www.chilevalora.cl), en su sección Catálogo de Competencias Laborales<sup>79</sup>.

En caso de que el centro residencial lo estime pertinente a su población vigente dentro del marco de las capacitaciones gestionadas internamente para profesionales y cuidadores, es posible conocer y utilizar el programa de cuidado infantil denominado: "Fair Start" (o Buen Comienzo). Éste fue diseñado en Europa por un equipo de expertos (P. Rygaard & otros) en educación y psicología, preferentemente para niños/as pequeños que se encuentran en cuidado alternativo residencial. Cuenta con quince sesiones on-line que pueden ser trabajadas sistemáticamente en reuniones de equipo de la residencia, es gratuito y se encuentra disponible en su versión en español, en el siguiente link: <http://train.fairstartedu.us/>

<sup>79</sup> Los accesos directos son los siguientes:

**Perfil Ocupacional Cuidador/a Primario**

<http://www.chilevalora.cl/buscador/index.php/PerfilCompetenciaPdf/crearPdf/idPerfil/1850/idSector/48/idSubsector/184>

**Perfil Ocupacional Asistente Sociocomunitario/a:**

<http://www.chilevalora.cl/buscador/index.php/PerfilCompetenciaPdf/crearPdf/idPerfil/1848/idSector/48/idSubsector/184>

**Perfil Ocupacional Asistente Socioeducativo/a**

<http://www.chilevalora.cl/buscador/index.php/PerfilCompetenciaPdf/crearPdf/idPerfil/1849/idSector/48/idSubsector/184>

Por otra parte, en cuanto a las capacitaciones ejecutadas por externos, éstas podrán ser gestionadas con otros programas de la red (por ejemplo, los ambulatorios de la red Sename, en temáticas acordes a su línea programática) o diversas instituciones del territorio.

#### e) AUTOCUIDADO<sup>80</sup>

Las actividades de auto-cuidado están dirigidas a descomprimir las sensaciones, sentimientos y emociones relacionadas con el trabajo en la residencia, que puedan experimentar los diversos profesionales, técnicos y personal administrativo, orientándoles en el desarrollo de estrategias de afrontamiento, de trabajo colaborativo y de apoyo mutuo en el equipo, a fin de prevenir el riesgo de sufrir de burnout o desgaste profesional<sup>81</sup>. En este punto, es fundamental poder relevar el desarrollo de factores auto-protectores, en virtud de la necesidad de cuidarse para poder cuidar a otros.

En ese sentido, se recomienda la realización de instancias que aborden las situaciones y problemas que enfrentan cuidadores(as)/educadores(as) en el desempeño de su rol, con participación de los profesionales y dirección de la residencia, revisando esas situaciones, reflexionando acerca de las respuestas más apropiadas, conformes los recursos y realidad particular de cada residencia.

Se sugiere que estas **instancias de taller/supervisión** (idealmente dirigidas por persona externa al equipo) se realicen en dependencias de la residencia, para revisar los procedimientos y actuaciones en el mismo lugar en que ocurren, tomando las variables contextuales como un tema a revisar. Este tipo de trabajo con los/las cuidadores(as)/educadores(as) facilita que generen capacidad de reflexión y fortalezcan sus conocimientos y recursos para intervenir en situaciones tanto rutinarias como imprevistas o de crisis.

El Organismo Colaborador deberá además organizar **jornadas de auto-cuidado de equipo**, que serán ejecutadas tanto por externos, como por personal de la residencia, con una **frecuencia a lo menos trimestral**. En ellas incorporará al personal de acuerdo a una planificación que considere el resguardo de la seguridad y desarrollo de actividades regulares con la población atendida en la residencia, como también que todos los trabajadores de la residencia tengan la oportunidad de participar en dichas jornadas.

Por tanto, cada organismo responsable deberá considerar estrategias para ello, tales como turnos, colaboración de personal de otras residencias a su cargo (durante la jornada de auto-cuidado), u otras que evalúen como favorables, a fin de asegurar la protección de los niños, niñas y adolescentes en la residencia mientras se desarrolla la actividad.

---

<sup>80</sup> Se sugiere consultar la Guía para el diseño de estrategias de Cuidado de Equipo. FACSÓ, U.de Chile/DEPRODE, SENAME en [http://www.sename.cl/wsename/otros/24-horas\\_2015/pdf/4\\_Guia\\_Diseno\\_Estrategias\\_Cuidado\\_%20Equipo.pdf](http://www.sename.cl/wsename/otros/24-horas_2015/pdf/4_Guia_Diseno_Estrategias_Cuidado_%20Equipo.pdf)

<sup>81</sup> El desgaste y el agotamiento profesional, se refiere a una reacción caracterizada por síntomas que van más allá de lo esperado de acuerdo a las exigencias de desempeño físico de las labores realizadas. Se presenta en profesionales que trabajan en contacto con personas, especialmente en profesiones de ayuda y en aquellos que trabajan con temas como violencia, abuso, traumatización; especialmente con personas que viven en pobreza, que representa una situación de violencia social. Muchos de sus síntomas se parecen a la depresión o al trastorno por estrés, sin embargo, se le nombra como “desgaste profesional”, a fin de reformular el problema, lo que implica un cambio en los niveles de conceptualización y de reformulación. Esto, pues la sintomatología no es un problema de trastornos psicológicos individuales, sino que se trata de reacciones que presentan las personas que trabajan en contacto con estas temáticas y en determinadas condiciones laborales (extraído de “*Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia*”. Arón y Llanos, 2004).

Las instancias de auto-cuidado deben estar visadas por la respectiva Dirección Regional de SENAME, a la que el organismo acreditado informará con un mes de antelación a la fecha programada para desarrollarlas.

En general, se favorecerá la existencia de estrategias permanentes de cuidado, auto-cuidado y de generación de un clima de buen trato, propiciando un contexto laboral favorable y contenedor, que facilite una relación de trabajo sana, dialogante y de aprendizaje permanente para todo el equipo de intervención. Todo ello se relaciona directamente con el desarrollo de un buen trabajo técnico; de este modo, también se contribuirá a evitar las rotaciones de personal, y por ende, al fortalecimiento de la confianza y seguridad de los niños/as y adolescentes en éste.

#### **f) CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN INTERNA DEL EQUIPO**

La organización del equipo debe considerar los siguientes aspectos<sup>82</sup>:

- ✓ Definición de las funciones y tareas del personal.
- ✓ Cuidado de las condiciones de trabajo: remuneración justa, horario acorde a la legislación laboral, perfeccionamiento continuo.
- ✓ Preparación para ejercer el trabajo: apoyo de supervisión y reconocimiento de nuevos aprendizajes.
- ✓ Gestión de la residencia considerando las necesidades de los trabajadores, a fin de que estos sean receptivos a las necesidades de la población atendida.

La conformación del equipo será suficiente en número, competencias y experiencias, acorde a los requerimientos definidos en las presentes Orientaciones Técnicas (debiendo contemplarse lo estipulado en los Estándares Mínimos de Calidad para la Atención Residencial - SENAME 2012, específicamente el Resultado Esperado N°30).

La residencia funcionará con un equipo profesional constituido por, un director, profesional de las Ciencias Sociales y profesionales, Trabajador Social, Psicólogo, junto a Técnicos en Enfermería, Cuidadores/as o Educadoras, y personal auxiliar incorporando personal part-time o complementario según características de la población, como ser: Terapeuta Ocupacional, Educador Diferencial, Psicopedagogo o etc. Todos ellos con experiencia en el tema de infancia y conocimientos en el ámbito de protección de derechos, discapacidad y sistema judicial.

A continuación, se presenta un cuadro que especifica el número y jornadas laborales<sup>83</sup> a cumplir por cada integrante del equipo profesional y técnico de una Residencia para Niños, Niñas y Adolescentes Gravemente Vulnerados en sus Derechos, con Discapacidades Severas o Profundas y Situación de Alta Dependencia y Programa Adosado para la Intervención Residencial, para 20 plazas.

---

<sup>82</sup> [http://www.fapmi.es/imagenes/subsecciones1/FAPMI\\_Manual%20buena%20practica.pdf](http://www.fapmi.es/imagenes/subsecciones1/FAPMI_Manual%20buena%20practica.pdf). Manual de la Buena práctica para la atención residencial a la infancia y adolescencia. Estándares de calidad para la atención a los niños y adolescentes en los dispositivos residenciales. Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI) y Ministerio del Trabajo y asuntos Sociales. Madrid.

<sup>83</sup> Se entiende por jornada completa un mínimo de 40 horas semanales y un máximo de 45.

Tabla resumen recursos humanos y jornada laboral de la residencia	
Recurso humano	Número y jornada laboral
Director(a)	Jornada completa <sup>84</sup> .
Trabajador(a) Social	Uno por cada 20 plazas, en jornada completa
Psicólogo(a)	Uno por cada 20 plazas, en jornada completa
Profesional de la educación (profesor/a, educador/a diferencial, educador/a de párvulos, psicopedagogo/a, otro)	Uno/a por media jornada.
Cuidador(a)/Educador(a)	Uno/a cada 6 plazas (jornada completa diurna) Uno/a cada 10 plazas (jornada completa nocturna) <sup>[2]</sup>
Manipulador(a) de alimentos	Jornada completa <sup>85</sup> .
Auxiliar (aseo, estafeta)	Jornada completa.

**g) CARACTERÍSTICAS Y PRINCIPALES FUNCIONES DE INTEGRANTES DEL EQUIPO**

DIRECTOR/A
<p><b>Perfil:</b> El Director/a de esta residencia para niños/as y adolescentes, representa a su Institución Colaborada ante el Sename y es el profesional responsable de la implementación del proyecto adjudicado, bajo estándares de calidad, velando por su adecuado funcionamiento y cumplimiento de los objetivos de la modalidad, a fin de garantizar la protección de los niños/as y adolescentes atendidos y la transitoriedad de la medida. Su perfil corresponderá a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesional universitario, titulado/a de las ciencias sociales.</li> <li>• Experiencia de, al menos, 6 meses en dirección y administración de recursos humanos y materiales.</li> <li>• Con conocimientos y experiencia de, al menos, 2 años en trabajo con niñez y adolescencia vulnerable en sus derechos y enfoque de inclusión de la discapacidad.</li> <li>• Experiencia de, al menos, 1 año o formación en intervención familiar.</li> <li>• Capacidad de liderazgo en la conducción de equipos psicosociales.</li> <li>• Capacidad para planificar, organizar y orientar al equipo hacia el logro de resultados.</li> <li>• Habilidades personales para el trabajo colaborativo con su equipo y otras instancias relacionadas con la residencia.</li> <li>• Capacidad para comunicar ideas e instrucciones de manera clara, escuchar y considerar las opiniones técnicas de su equipo u otros.</li> <li>• Capacidad de analizar, resolver y actuar ante situaciones complejas, conflictos o crisis.</li> <li>• Comprensión y cumplimiento de la responsabilidad que el Poder Judicial le asigna, respecto del cuidado personal de cada niño/a o adolescente y el proceder acorde a ella.</li> </ul>

<sup>84</sup>Se entiende por jornada completa aquella no inferior a 40 y no superior a 45 horas semanales. Y media jornada la que va entre 20 y 22 horas semanales. Éstas son horas presenciales en el cumplimiento del rol laboral asignado por el centro residencial y debe ser proporcional al número de niños, niñas y adolescentes presentes por turno, es decir manteniendo correspondencia de 1 educador cada seis niños en el día y 1 educador cada 10 niños por la noche.

<sup>[2]</sup> Durante la noche, deben permanecer en vigilia un número de cuidadoras/educadoras en una proporción que permita el efectivo resguardo de la integridad de los niños/as y adolescentes, de manera que esté asegurada la protección nocturna frente a cualquier situación de emergencia que acontezca.

<sup>85</sup> Considerando reemplazo para feriados y fines de semana.

- Disposición permanente a atender novedades y urgencias referidas a la residencia que dirige, en especial cuando estas refieran directamente a los niños/as y adolescentes atendidos.

#### Principales funciones y tareas

- Orientar la ejecución del proyecto de acuerdo al Convenio suscrito entre su institución colaboradora y SENAME y cumplir con los requerimientos que corresponda.
- Conocer las orientaciones técnicas y administrativas (resoluciones, circulares, oficios, otros) establecidas por SENAME, y difundirlas entre el personal de la residencia para su cumplimiento, según corresponda.
- **Obligación de informar a Sename y registrar cualquier hecho relevante que pudiese afectar la protección de los niños, niñas residentes, constituyan o no mérito para dar curso al ordinario N°2308**
- Generar un clima organizacional adecuado para el desarrollo del proyecto, bajo conceptos de trabajo de equipo y colaboración interdisciplinaria, en forma permanente.
- Administrar los recursos financieros entregados por la institución colaboradora, y/o solicitarlos, a fin de generar condiciones de infraestructura, equipamiento y materiales, acordes a las necesidades de la población atendida.
- Informar y requerir, oportunamente, a la institución colaboradora, la disponibilidad de los recursos humanos necesarios, y según lo definido por el SENAME, para el cumplimiento de los objetivos de la residencia, en caso de vacancia o necesidad de rotación del personal.<sup>86</sup>
- Conducir técnicamente al equipo respecto de los procesos de intervención psicosocial con los niños/as y sus familias.
- Coordinar y supervisar los procesos de intervención desarrollados con la población atendida, como también del funcionamiento interno de la residencia, a fin de garantizar la protección de los niños/as y adolescentes.
- Representar al centro residencial ante los Tribunales de Familia y otras instancias relacionadas con su quehacer - dentro de éstas SENAME-, participando, con especial énfasis, en reuniones de la red intersectorial, mesas de trabajo, reuniones bilaterales con otros servicios o instituciones del intersector y de la red programática de SENAME.
- Velar por la adecuada articulación del PII de cada uno de los usuarios atendidos con los programas de SENAME que intervienen de manera simultánea.
- Supervisar y asesorar técnica y administrativamente al personal de la residencia en el cumplimiento de su rol de forma continua.
- Liderar y participar en los hitos de acogida al ingreso de los niños, niñas y adolescentes y la familia, y monitorear el proceso de adaptación de éste a la residencia.
- Registrar e Informar al respectivo Tribunal de Familia y a la Dirección Regional de SENAME, cualquier hecho relevante que afecte la integridad de alguno de los niños/as ingresados a la residencia, indistintamente del lugar de ocurrencia.
- Adoptar todas las medidas de protección y seguridad a un niño, niña o adolescente afectado en su integridad, activando los correspondientes protocolos, mientras el Tribunal de Familia, Sename y la institución colaboradora, se informan y/o gestionan, y/o adoptan las medidas judiciales y/o administrativas, según corresponda.
- Remitir los informes de avance del PII (o llamados también, informes de permanencia) al Tribunal de Familia correspondiente, cada tres meses.
- Informar al Coordinador/a UPRODE de la respectiva Dirección Regional, respecto de los niños/as y adolescentes que se encuentren en las situaciones descritas en el artículo 12

<sup>86</sup> El Director/a de la residencia debe velar por que todo el personal mantenga sus antecedentes curriculares y administrativos al día, estando a disposición de la supervisión técnica y financiera de Sename u otro órgano público.

de la Ley N° 19.620, y velar por el cumplimiento de las coordinaciones y gestiones con la UADOP y los Tribunales de Familia, según corresponda.

- Coordinar las reuniones técnicas del equipo residencial y proponer acciones que contribuyan al objetivo de los Planes de Intervención.
- Gestionar oportunamente con los Tribunales de Familia la entrega de clave SITFA.
- Gestionar el Certificado de Redes Familiares con el Servicio de Registro Civil e Identificación.
- Supervisar que se registre adecuada y oportunamente la información de los casos en la base de datos institucional, Senainfo.
- Supervisar el cumplimiento de todos los registros relacionados con la intervención psicosocial del niño/a, adolescente y su familia, aquellos vinculados con su permanencia en la residencia, el cumplimiento de la rutina diaria del centro y otros asociados al presente documento.

### PROFESIONALES

**Perfil:** a) Los trabajadores sociales y psicólogos(as), serán responsables de la realización del diagnóstico psicosocial del usuario/a y su familia, del diseño y conducción de la ejecución del plan de intervención individual, del seguimiento y la evaluación de logros y propuesta de egreso al tribunal, de acuerdo a los objetivos y los aportes técnicos del equipo multidisciplinario con que cuente la residencia. También apoyarán el funcionamiento de la residencia y contribuirán a la definición de la rutina diaria, en especial, en los ámbitos de la convivencia positiva entre los usuarios. b) Los profesionales de educación, serán responsables de labores asociadas a su competencia técnica y a las definiciones que la Dirección de la residencia realice, acorde a las características de la población atendida y otros factores que ésta estime.

**Todos los profesionales aportarán a** modelar, acompañar y supervisar dinámicas formativas y educativas que favorezcan el bienestar de niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad severa o profunda, víctimas de vulneración de sus derechos.

Su perfil corresponderá a:

- Título de educación universitario.
- Con formación, experiencia y competencias en intervención en niñez y adolescencia vulnerada, intervención familiar y trabajo en red.
- Habilidades para promover y/o implementar ambientes formativos estimulantes del desarrollo de los niños/as y adolescentes, según especialidad.
- Contar con conocimientos sobre el funcionamiento de los Tribunales de Familia y Fiscalías, y la operatividad de la red SENAME, especialmente, los trabajadores sociales y psicólogos/as.
- Capacidad para el trabajo en equipo y transferencia técnica a los cuidadores(as)/educadores(as).
- Habilidad para la resolución de conflictos en situaciones de crisis y para la contención.
- Habilidad para reconocer indicadores de riesgo y descompensación en los niños/as, adolescentes y en adultos participantes de los procesos de intervención.
- Capacidad para trabajar de manera colaborativa y transferir saberes y aprendizajes, según especialidad.

### Principales funciones y tareas

#### Trabajadores sociales y psicólogos(as):

- Evaluar las situaciones psicosociales de los niños, niñas y adolescentes, sus familias y las redes comunitarias, con fines de levantamiento del plan de intervención.

- Aplicar instrumentos de evaluación al niño/a, adolescente y familia, según las características y necesidades de éstos.
- Diseñar, desarrollar y conducir los planes de intervención con niños/as y adolescentes ingresados a la residencia y sus familias, de acuerdo a su competencia profesional, asegurando la participación de los usuarios y la colaboración de todo el equipo.
- Coordinar con la Dirección la tramitación del Certificado de Redes Familiares y otros que se requiera para la intervención.
- Gestionar y coordinar el acceso a prestaciones y beneficios, generales y específicos para la discapacidad, tanto para los niños, niñas y adolescentes atendidos y el adulto con quién se trabaja el egreso, con la red intersectorial y de protección social del espacio local/regional.
- Desarrollar intervenciones en terreno con las familias de egreso, mediante metodologías diferenciadas y técnicas tales como: visitas domiciliarias, consejería y modelaje de conductas protectoras.
- Realizar seguimiento de las intervenciones previamente coordinadas con otros servicios o instituciones, para retroalimentación y evaluación de los procesos.
- Otorgar apoyo técnico a cuidadores(as)/educadores(as) en los procesos de intervención con los niños/as, adolescentes y las familias.
- Participación en reuniones técnicas del equipo residencial, con la finalidad de analizar los procesos de intervención y adoptar acciones que permitan avanzar hacia el logro de objetivos en los tiempos propuestos.
- Gestionar y desarrollar un trabajo coordinado con la oferta especializada de la red SENAME, dirigido al diseño, ejecución y evaluación de planes asociados de niños/as y adolescentes atendidos simultáneamente.
- Diseñar y monitorear la rutina diaria, incorporando una planificación psicosocioeducativa apropiada a los rangos etarios y discapacidad de los niños/as y adolescentes atendidos.
- Mantener actualizado el catastro de organismos e instituciones locales y extensas consideradas red de apoyo.
- Registro de los casos a cargo en Senainfo y en carpeta individual (todas las acciones realizadas a partir del PII deben ser registradas en carpeta y Senainfo).
- Elaboración de informes trimestrales de avance, para los Tribunales de Familia.
- Participación en audiencias y cumplimiento de gestiones instruidas por los Tribunales de Familia.

#### **Los profesionales de la educación**

- Diseñar, ejecutar y evaluar actividades dirigidas a los niños, niñas y adolescentes, individuales y grupales, a fin de contribuir a su desarrollo integral y al diagnóstico y plan de intervención psicosocial; como asimismo apoyar el trabajo de redes en el ámbito escolar de niño, niñas y adolescentes con discapacidad.
- Apoyar el trabajo con familias en función del fortalecimiento de sus competencias parentales, modelando sus roles de crianza y protección de niños/as y adolescentes con discapacidad.
- Asesorar la planificación de la rutina diaria y el quehacer de las educadoras(es)/cuidadores(as).

## EDUCADOR(A)/CUIDADOR(A)<sup>[4]</sup>

**Perfil:** El objetivo que guía las funciones y tareas de los educadores(as)/cuidadores(as) es la entrega de servicios de asistencia socioeducativa a niños/as y adolescentes vulnerados en sus derechos, según los objetivos del modelo residencial, en este caso “residencia para niños/as y adolescentes con discapacidad severa y alta dependencia de terceros”, las necesidades diagnosticadas del NNA y la familia, y el plan de intervención definido para éstos.

Su perfil corresponderá a:

- Deben contar con Enseñanza Media completa como mínimo, además de capacitación acreditada en temas atinentes a la atención de graves vulneraciones de derechos de niñez y adolescencia.
- Se recomienda personal técnico, preferentemente Técnico/a Social o Educador/a especializado, Auxiliar de Párvulos o Asistente de Educación Diferencial.
- Experiencia laboral acreditada de, al menos, 1 año en trabajo con infancia y adolescencia.
- Capacidad y habilidades para crear, aportar y desarrollar intervenciones formativas, educativas, recreacionales y sociales que contribuyan al proceso proteccional de los niños/as y adolescentes.
- Capacidad para trabajo en equipo y adecuada relación con figuras de autoridad.
- Estabilidad emocional y satisfactorio control de impulsos.
- Habilidad para la resolución de conflictos en situaciones de crisis presentadas por niños, niñas y/o adolescentes y/o familiares.
- Capacidad de autocontrol, acción y protección a los usuarios ante situaciones imprevistas, y/o de catástrofes.
- Capacidades para trabajar a presión y tolerancia a la frustración.
- Conocimientos en primeros auxilios

### Principales funciones y tareas

- Promover un ambiente seguro y formativo en horarios diurnos y nocturnos, facilitando la convivencia diaria entre pares y su desarrollo positivo.
- Contribuir a que las etapas de ingreso y egreso de los NNA se traduzca en una instancia de acogida respetuosa, bien tratante, e informada.
- Establecer relaciones basadas en el respeto y buen trato con los sujetos de atención y sus familias y la confidencialidad de la información.
- Entregar afecto, a través de manifestaciones apropiadas al rango etario, reconociendo emociones y presentando disponibilidad a escuchar a los NNA.
- Integrarse y formar parte del equipo de intervención, manteniendo una comunicación fluida, eficaz y permanente con éste.
- Responder con sensibilidad a las necesidades específicas de atención, contención emocional, cuidados diarios y protección de la población de la residencia.
- Incorporarse a la planificación y desarrollo de intervenciones, retroalimentando periódicamente al Directo y/o equipo técnico la evolución de la población atendida según su proceso de intervención.
- Informar, oportunamente, al director y/o equipo técnico de todas aquellas dificultades materiales y humanas presentadas en sus jornadas, proponiendo alternativas de solución.
- Recibir a los niños, niñas y adolescentes, junto a quién lo defina el protocolo de la

<sup>[4]</sup> Durante la noche, fines de semana y festivos deben permanecer en la residencia un número de cuidadores/as-educadores/as que permita el efectivo resguardo y protección de la población atendida. En lo posible, en cantidad similar a al sistema diurno regular, asegurando que al menos un cuidador/a por turno, tenga competencias en primeros auxilios.

residencia, participando en la explicación del significado de la medida de protección, el funcionamiento de la residencia, rutinas internas y normas.

- Apoyar el trabajo en red, desarrollando gestiones con los establecimientos de salud, educación, organizaciones comunitarias u otros, en acuerdo con el equipo técnico.
- Registrar, según indicaciones de los profesionales encargados, el desarrollo de la rutina diaria, incluyendo todos los eventos significativos relacionados con la estadía del niño/a o adolescente, tanto en la residencia como en otros espacios (establecimiento educacional, espacios de recreación, consultorio, entre otros), sin perjuicio del sentido de urgencia de informar directamente al Director/a u otro miembro del equipo.
- Aportar y/o acompañar y/o realizar los registros en el cuaderno o libro de la historia del niño/a o adolescente en la residencia, de acuerdo a su edad y necesidades especiales.
- Cumplir con todas las tareas y responsabilidades, definidas en su cargo según la institución, en relación a la rutina diaria, incluyendo actividades dirigidas a la estimulación, recreación, escolaridad, visitas de familiares, entre otras.
- Acompañar a la población atendida a sus controles de salud y/o atenciones especializadas en centros de la red Sename, informando al personal que corresponda sobre los resultados de la gestión.
- Participar en las reuniones técnicas del equipo y colaborar con los procesos reparatorios y de reinserción familiar.
- Regular y mediar conflictos haciendo uso de normas y límites, de acuerdo al Protocolo definido por el SENAME y lo especificado al respecto por la residencia.
- Intervenir en situaciones de crisis, de acuerdo al Protocolo definido por el SENAME y lo especificado al respecto por la residencia.
- Apoyar el egreso de los niños/as y adolescentes a través de su participación en ritos de despedida y cierre técnico y administrativo correspondiente.
- La función principal del educador(a)/cuidador(a) de noche es cautelar la seguridad de los niños/as y adolescentes, atendiendo a sus necesidades. De acuerdo a ello, el personal que se desempeña en turnos nocturnos debe permanecer en vigilia.

#### **MANIPULADOR/A DE ALIMENTOS<sup>[5]</sup>**

**Perfil:** El objetivo de su cargo es preparar y entregar las diferentes comidas diarias que reciben los niños, niñas y adolescentes atendidos en condiciones higiénico-sanitarias adecuadas y con prácticas correctas de manipulación de los alimentos; también, apoyará a la Dirección en el logro de un apropiado almacenamiento y calidad de los alimentos adquiridos, las condiciones de las dependencias y el equipamiento relacionado.

Su perfil corresponderá a:

- Estudios básicos completos ( 8º) como requisito mínimo
- Capacitación y certificación para manipular alimentos (incluye certificado de vacunas).
- Deseable conocimientos de nutrición
- Experiencia y motivación para relacionarse apropiadamente con niños, niñas y adolescentes.

#### **Principales funciones y tareas**

- Su principal responsabilidad es la preparación y entrega de la alimentación básica que requiere la población atendida, mediante la ejecución de minutas saludables y nutritivas que incorporen las necesidades del usuario/a.

<sup>[5]</sup> Esta función debe ser desempeñada por personal calificado para esta labor, no por las/os cuidadoras/es-educadoras/es, cuyos roles están destinados al cuidado y atención formativa de las adolescentes y sus hijos/as.

- Velar por la entrega de una atención de alimentación de calidad, bajo la supervisión y planificación de nutricionista responsable del programa de alimentación de la residencia.
- Mantener y cautelar las condiciones de orden e higiene propias, de los utensilios, espacios y de los alimentos.
- Planificación para la adquisición de alimentos perecibles y no perecibles.
- Mantener comunicación fluida, eficaz y permanente con la Dirección, el equipo de la residencia y la población atendida.

#### **AUXILIAR DE ASEO / ESTAFETA**

**Perfil:** Responsable de realizar labores de aseo, limpieza, ornato y reparaciones, junto con la realización de trámites y gestiones en terreno, contribuyendo, por una parte, a disponer de espacios y mobiliario limpios y agradables para el personal, los niños/as y adolescentes y sus familias, y por otra, al cumplimiento de gestiones administrativas o técnicas propias de la residencia.

Su perfil corresponderá a:

- Persona con estudios básicos completos
- Experiencia en limpieza, aseo, reparaciones y funciones de estafeta
- Motivación para desempeñar su actividad
- Capacidad de contacto interpersonal adecuado, sociabilidad y buenas relaciones personales.

#### **Principales funciones**

- Labores de estafeta, de aseo y limpieza de dependencias y muebles de la residencia.
- Realización de compras de insumos por indicación de dirección de la residencia.
- Participación en inducción para sus funciones y acatamiento permanente a las orientaciones de dirección de la residencia respecto a cómo interactuar con las y

- adolescentes, sus hijos/as y adultos relacionados.
- Mantener una comunicación fluida con la dirección, equipo técnico y educadores (as)/cuidadores(as) respecto de situaciones relacionadas con los niños/as y adolescentes atendidos y las familias.

## VI. RECURSOS MATERIALES

La residencia debe garantizar la protección de los niños, niñas y adolescentes, que han sido separados temporalmente de su medio familiar, otorgando las condiciones de seguridad y cuidados necesarios para el desarrollo de su potencial, con los ajustes razonables necesarios en atención a la discapacidad y ejercicio de sus derechos. Todo ello, dando cumplimiento a lo estipulado en los Estándares Mínimos de Calidad respecto de las condiciones materiales que incluyen las condiciones de seguridad, calidad de vida y proporcionan bienestar y resguardo de los derechos de la población atendida.

Se entiende por calidad de vida en la residencia, la existencia y mantención de condiciones de infraestructura, equipamiento y ambientales, necesarias para favorecer el desarrollo del sujeto de atención de esta modalidad. Así también, como un funcionamiento cotidiano sustentado en el enfoque de derechos, es decir bien tratante, que propicie las relaciones interpersonales respetuosas.

A continuación, se especifican los requerimientos mínimos que debe cumplir la residencia, cuyo cumplimiento será monitoreado por SENAME a través del proceso de supervisión:

- a) Para su funcionamiento el centro residencial deberá contar con inmueble propio, arrendado o cedido por un tiempo determinado (no inferior a la duración del proyecto), que contemple apropiadas condiciones de seguridad, mantención, higiene, orden, accesibilidad, mobiliario apropiado, equipamiento informático y otros.
- b) Los espacios de oficinas, sala de reunión, salas de atención, servicios higiénicos y otros, deberán ser suficientes y apropiados para el quehacer del personal del proyecto y para la atención de los niños/as, adolescentes, las familias y visitas.
- c) En especial, se debe contar con espacios acondicionados para realizar entrevistas y también para visitas a los niños/as y adolescentes.
- d) Los estándares mínimos de higiene y seguridad implican que el inmueble se adecúe a la normativa vigente con relación a saneamiento básico (servicios higiénicos, servicios de alimentación), seguridad (vías de circulación, vías de escape, señalización, extintores de acuerdo a normativa, certificaciones de instalaciones eléctricas); servicios básicos (instalaciones sanitarias, eléctricas y de gas, sistemas de detección de humo y combate de incendios, extintores, red húmeda y seca), ventilación, iluminación, calefacción y equipamiento, lo que debe ser constatado por instancias especializadas<sup>87</sup>.
- e) Los patios deben contar con juegos acorde a los requerimientos de los niños y niñas, los que deberán ser seguros y en buen estado de conservación, favoreciendo el desarrollo de las actividades propias de la etapa de vida en la que se encuentran.

<sup>87</sup> Se sugiere tener presente las indicaciones contenidas en la OGUC, Capítulo 5 (Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones), Decretos Supremos N° 289, N° 594 y N° 977 de MINSAL, Decreto Supremo 548 de MINEDUC, y normativa JUNJI. Todos documentos a los cuales Sename adscribe al no existir normativa explícita para centros residenciales.

- f) El ejecutor del proyecto deberá asegurar que equipos interventores complementarios cuenten con las dependencias necesarias para efectuar su trabajo.
- g) La residencia no debe estar ubicada en zonas peligrosas para la salud o seguridad, ya sea por la existencia de fuentes de contaminación o por aislamiento geográfico (que entorpezca la participación de niños, niñas y adolescentes en la vida comunitaria).
- h) Debe garantizar la habilitación de dependencias para el uso exclusivo de los niños, niñas y adolescentes y permitir una atención lo más personalizada posible y respetuosa de la privacidad.
- i) Los espacios de dormitorios, oficinas, salas de reunión, salas de atención, servicios higiénicos y otros, deberán ser suficientes y apropiados para el quehacer del personal del proyecto y para la atención de los niños, niñas y adolescentes, sus familias y visitas.
- j) Se debe contar con espacios libres para el juego de los niños/as y la exploración, con dormitorios provistos de camas bajas, con materiales adecuados a su tamaño y edad, decoración y juguetes.

#### **a) INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y CONDICIONES AMBIENTALES**

Los estándares a cumplir en este apartado, se exponen en las Estándares Mínimos de Calidad para la Atención Residencial, debiendo regirse por lo indicado específicamente en el Resultado Esperado N° 24 “Ubicación del centro y espacios”.

Las características de tamaño y diseño arquitectónico del inmueble deben ajustarse a las necesidades especiales de la población atendida, y entregar condiciones ambientales seguras, sin riesgos de accidentes o para la salud, y que contribuyan a estimular el desarrollo infantil y adolescente.

La ubicación del centro residencial debe ser accesible al transporte público y tener cercanía con unidades educativas, centros de salud y espacios recreativos.

La residencia debe mantener vinculación con la comunidad local y promover relaciones positivas con ésta, lo que debe realizarse con resguardo o control del ingreso de personas externas al entorno residencial.

Para satisfacer las necesidades de cuidado de los niños, niñas y adolescentes, el inmueble debe contar con las siguientes dependencias:

#### **Dormitorios<sup>88</sup>**

En consideración a la gran diversidad etaria en esta modalidad residencial, los dormitorios deben ser separados considerando la edad de los niños, niñas y adolescentes y otros criterios como grado o tipo de discapacidad.

Cada niño, niña y adolescente debe contar con su cama individual<sup>89</sup> y mobiliario para almacenamiento personal del vestuario y útiles de cuidado particular. El espacio personal de dormitorio puede ser equipado y decorado de acuerdo a los intereses propios de cada

<sup>88</sup> Revisar en los Estándares Mínimos de Calidad para la Atención Residencial (SENAME 2012), el Resultado Esperado N° 25 “Dormitorio y espacios para los/as niños/as y adolescentes”

<sup>89</sup> En caso de utilizarse camarotes, éstos deben contar con barandas de seguridad y ser usados por niños/as que cuenten con las destrezas psico-motrices suficientes.

niño/a o adolescente y de su familia.

Los espacios destinados a dormir deben tener pisos en buen estado de conservación, ventilación suficiente, iluminación y sistema de calefacción. Resguardando los lugares para desplazarse con seguridad, con paredes, ventanas, pisos y techumbre adecuada.

Las camas deben encontrarse equipadas con ropa adecuada a la estación. En caso de ser necesario, se dispondrá de camas clínicas.

Se debe contar con espacio individual para guardar el vestuario de los niños, niñas y adolescentes y dependencias seguras para el resguardo de artículos personales y aparatos o equipos para la movilidad.

Se debe disponer de personal a cargo de la supervisión de los dormitorios durante las 24 horas y preferentemente un sistema de alarma para emergencias o intercomunicación inmediata. Esto con el propósito de atender las necesidades nocturnas o emergencias que pudiese presentar la población atendida derivadas de la discapacidad o en reposo por enfermedad, u otras situaciones.

Asimismo se deben considerar las facilidades para la supervisión de estos espacios por parte del personal a cargo (en horario diurno y nocturno), de Tribunales, de SENAME o de otra instancia competente, con resguardo de la tranquilidad a la hora del sueño de la población atendida.

### **Baños<sup>90</sup>**

Deben ajustarse a las necesidades del sujeto de atención y su discapacidad, contar con número de sanitarios, lavamanos, bañeras o duchas acorde al grupo atendido en la residencia, agua caliente, cumplir con las medidas de seguridad que eviten accidentes o lesiones, como caídas y facilitar el aseo de niños/as o adolescentes con dificultades motoras, visuales u otras.

El diseño de los baños debe permitir que las duchas y uso de sanitarios se realice con privacidad, dignidad, seguridad. Las puertas de los baños deben abrirse hacia afuera de modo de evitar encierros.

El uso de los baños debe realizarse supervisado (o acompañado si el tipo o grado de discapacidad lo requiere) por el personal a cargo, que debe estar atento y disponible a los requerimientos de la población atendida.

La residencia debe contar con baños ubicados en sector cercano a los dormitorios y las áreas donde se realizan actividades (talleres, recreación) con la población atendida.

### **Comedor**

Esta dependencia debe contar con adecuada ventilación, además de estar equipada con mesas y sillas cómodas para los niños, niñas y adolescentes<sup>91</sup>, que faciliten la tarea de su

---

<sup>90</sup> Revisar en los Estándares Mínimos de Calidad para la Atención Residencial (SENAME 2012), el Resultado Esperado N°26 "Baños".

<sup>91</sup> En la eventualidad de residir guaguas, se debe disponer de sillas de comer. Para las que aún no se sienten por sí mismas, se debe contar con sillas nidos, que permita ir incorporándolos a la rutina y facilite la tarea de acompañamiento en la hora de alimentación.

alimentación y estimulación de hábitos saludables y proceso de autonomía.

Deben existir medidas de higiene y seguridad respecto a los utensilios a utilizar en las comidas. Sugiriéndose vajilla de plástico o melamina, servicios sin punta ni serrucho en los cuchillos, vasos plásticos, entre otros.

Las horas de comida deben realizarse en compañía del personal a cargo (cuidadores y/o profesionales).

### **Cocina**

Esta dependencia debe estar equipada para la preparación de alimentos para el grupo atendido y construida con materiales que faciliten la limpieza. Por razones de seguridad, los niños y niñas no deben tener libre acceso a este espacio.

Concretamente, la cocina debe reunir las condiciones necesarias para evitar el desarrollo de microorganismos (bacterias, hongos, virus, parásitos) en los alimentos a preparar y manipular (incluidas las fórmulas lácteas). Por tanto, son fundamentales los aspectos técnicos de infraestructura, higiene y manipulación.

Para lo anterior, se debe contar con mesones metálicos lavables, además de muebles y lavaplatos de acero inoxidable. Los depósitos de desecho deben ser tachos de acero inoxidable u otro material apropiado, con tapa, ubicados en una zona externa a la manipulación de alimentos. Deben existir áreas de contaminación controlada. Esto es, que estén explícitamente separadas para cada función (por ejemplo, recepción de alimentos, almacenamiento, preparación, lavado, etc.).

En el caso de residir lactantes, es necesario contar con un espacio aislado para la preparación de mamaderas respecto de otras preparaciones alimenticias.

En el área de almacenamiento de alimentos, se debe contar con una estantería para aquellos comestibles que se deben resguardar en seco y un refrigerador para aquellos que necesiten esa condición de temperatura. Así también, estantería/s para los artículos no comestibles (ropa y mantelería, vajillas y servicios, bandejas, entre otros. En mobiliario aparte los materiales de aseo y desinfección). Debe existir zona sucia y limpia diferenciadas.

El piso, los muros y el cielo deben ser superficies lisas, de fácil limpieza y mantenimiento sencillo (es decir, que no requieran de tratamientos especiales), suficientemente impermeables a la absorción de grasa y humedad, sin resaltes o protuberancias, de tal forma de permitir el deslizamiento y/o escurrimiento de aguas y elementos de limpieza. Pisos claros, lisos y duros, facilitando un aseo intensivo y profundo, sin zócalos. Muros revestidos de material impermeable no absorbente, lavable, atóxico y color claro (idealmente cerámica, la que sí es fundamental en el área de lavado).

Se debe favorecer una adecuada ventilación, sobre todo en los focos de calor (cocinas, hornos). La iluminación será provista de luz natural proveniente de ventanales, además de luz artificial suficiente y directa sobre las zonas de trabajo.

Se contará con mosquiteros en las ventanas. Los balones de gas serán ubicados en el espacio exterior.

## **Sala de estar**

Este constituye un espacio común de recreación y descanso para la vida diaria de los niños, niñas y adolescentes. Dentro del equipamiento se deben incorporar juegos de patio y de mesa, que faciliten la estimulación multisensorial y de apoyo a la rehabilitación de los niños/as y favorezcan una instancia lúdica de encuentro entre ellos, así como de éstos con sus cuidadores(as)/educadores(as). Se trata de equipar esta sala con materiales acorde a las necesidades especiales de los niños/as y de acuerdo a los intereses propios del desarrollo.

Se debe contar también con espacio para la realización actividades psico-educativas, de terapia ocupacional, psico-pedagogía u otras.

Además, para la intervención del equipo se requiere de los siguientes espacios<sup>92</sup>:

- Oficina o espacio de recepción
- Espacio para visitas supervisadas con la familia.
- Sala de reuniones o multiuso para talleres con niños/as y/o familias.
- Sala para visitas de familiares.
- Oficinas para director(a), profesionales y técnicos.
- Oficina para atención terapéutica.
- Baño para el personal y para el público.

Las dependencias deben ser decoradas acorde a las edades de los niños/as y adolescentes residentes, amobladas y mantenidas en adecuadas condiciones. Es decir, en satisfactorio aseo, orden y estado de conservación. Lo anterior involucra acciones de reparación oportuna de la infraestructura, el mobiliario y equipamiento. Los espacios exteriores como jardines y lugares de juegos deben ser seguros y contar con mantención regular.

## **b) CONDICIONES DE SEGURIDAD**

La residencia debe contar con resguardo de la seguridad<sup>93</sup> y protocolos para la prevención de riesgos, emergencias y desastres, dentro de ellos:

- **Evaluación periódica de riesgos:** en relación a las instalaciones, el entorno del centro y las actividades que realiza la población atendida. Ello incluye revisión de instalaciones eléctricas, de gas, de agua, al mobiliario y espacios recreacionales, de forma que éstos no presenten peligros para la salud de los usuarios/as, del personal y de las familias de los niños/as y adolescentes. Para ello, al primer mes de funcionamiento de la residencia, el Organismo Colaborador respectivo contará con un informe por parte de profesional prevencionista de riesgo (proveniente de alguna institución de seguridad certificada), el que se remitirá a la Dirección Regional correspondiente. Dicho documento será revisado por las unidades de prevención de riesgo e infraestructura, quienes determinarán justificadamente la periodicidad de los siguientes informes (bimensualmente, semestralmente, anualmente). Este apartado será evaluado de

<sup>92</sup> Revisar en los Estándares Mínimos de Calidad para la Atención Residencial (SENAME 2012), el Resultado Esperado N° 24 "Ubicación de centro y espacios", en particular, la nota aclaratorio de fecha 08 de agosto 2012.

<sup>93</sup> Dentro de esto, el riesgo de robos, a través de instalación de protecciones, alarmas y coordinación con el Plan Cuadrante de Carabineros de Chile. También, zonas de evacuación, identificación de zona segura, señalética de seguridad, plan de emergencia, extintores en funcionamiento, entre otros.

acuerdo a la Pauta de Evaluación/Autoevaluación de Condiciones Mínimas de Seguridad, Centros Residenciales (DEPRODE, 2011).

- **Protocolo para el ingreso de personas externas a la residencia:** el que debe ser elaborado por cada centro residencial, debiendo ser socializado (contando con verificador) y de acceso a quien lo pueda requerir.

- **Plan de prevención de riesgos y de actuación en situaciones de emergencia y catástrofe:** este debe ser remitido de igual manera a la Dirección Regional dentro del segundo mes de funcionamiento, para ser validado.

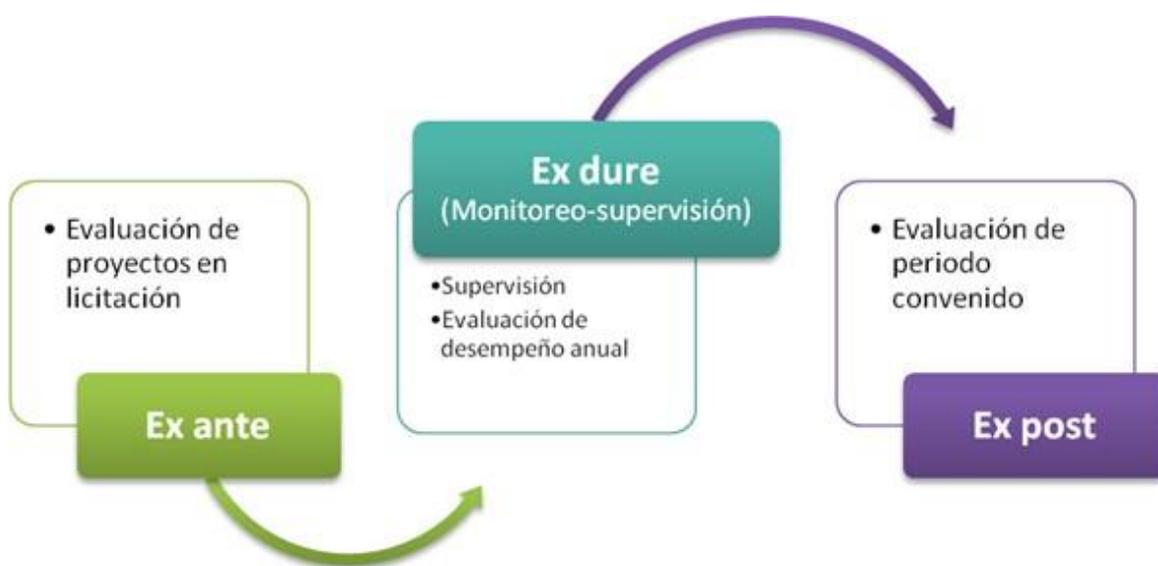
En la medida que el diagnóstico de infraestructura y/o prevención de riesgos lo consigne, la institución colaboradora, deberá informar a SENAME la necesidad de generar condiciones de habitabilidad apropiada, indagando la factibilidad que este Servicio pueda apoyar dicho requerimiento de mejora de infraestructura.

La residencia deberá contar con plan de emergencia, según los “Lineamientos Estratégicos para la Gestión de Riesgos en Emergencias y Desastres en la Red de Programa de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes”, año 2015 de SENAME, los que se encuentran publicados en el sitio web institucional: ([http://www.sename.cl/wsename/otros/MANUAL\\_GESTION\\_RIESGOS\\_2015.pdf](http://www.sename.cl/wsename/otros/MANUAL_GESTION_RIESGOS_2015.pdf))

## VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN

### a) CICLO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo y la evaluación de la modalidad, se realizará en dos niveles, uno a nivel de proyecto y el otro a nivel de programa. En su conjunto, tendrán como objetivo la generación de información sobre los procesos, resultados intermedios y finales de las intervenciones desarrolladas para la toma de decisiones que permitan su mejoramiento. En particular, el **Proyecto de la Residencia de Protección para niños/ as y adolescentes vulnerados en sus derechos con discapacidad severa** será monitoreado y evaluado por SENAME en las distintas fases de su ciclo de desarrollo, incluyendo:



- **Evaluación Ex ante:**

En el proceso de licitación, equipos profesionales de SENAME evaluarán los proyectos presentados por los Organismos Colaboradores al concurso público de la Línea Centros Residenciales, Modalidad: Residencias de Protección para Niños, Niñas y Adolescentes Gravemente Vulnerados en sus Derechos y Discapacidades Severas o Profundas en Situación de Alta Dependencia con Programa Adosado para la Intervención Residencial, en función de los requerimientos de las respectivas Bases Técnicas y Bases Administrativas de Licitación y de las Orientaciones Técnicas para la modalidad. Este análisis se orienta al análisis técnico de la coherencia, pertinencia y factibilidad del diseño presentado para su aprobación.

▪ **Evaluación Ex – Dure - Monitoreo:**

Durante la implementación del proyecto residencial RDG, el Servicio observará su desarrollo y resultados a través de:

- **Supervisión:** el proyecto será supervisado por integrantes del equipo de la Unidad de Protección de Derechos de la Dirección Regional, con los objetivos de: velar por el cumplimiento de los objetivos comprometidos por el organismo colaborador en el proyecto de funcionamiento adjudicado y favorecer el auto análisis de los equipos, reflexionar sobre la práctica que permita esclarecer nudos críticos, definiendo cambios y ajustes para el mejoramiento permanente.

Durante las supervisiones, se aplicará un instrumento que mide indicadores relativos a condiciones básicas para la atención e intervención; gestión técnica y planificación del proyecto.

- **Evaluación anual de desempeño** del proyecto: a través de Pautas de Evaluación Anual de Desempeño y considerando como insumo la autoevaluación de los equipos, los supervisores/as de las Direcciones Regionales califican descriptores asociados a los siguientes criterios:

Eficacia: Logro de los objetivos, metas y/o resultados esperados, comprometidos por el proyecto.

Criterio Calidad: Desarrollo de enfoques de trabajo e integración de variables transversales como participación, género, necesidades especiales, pertinencia cultural y articulación territorial. Además mide los procesos de evaluación desde los usuarios, las competencias del equipo y el logro en el cumplimiento del PII.

Criterio Pertinencia: Nivel de adecuación de la ejecución, conforme al proyecto convenido y a las bases técnicas respectivas.

Criterio Eficiencia: Mecanismos para el logro de los objetivos, con los recursos disponibles y en el menor tiempo posible.

▪ **Ex post:**

- **Evaluación del período convenido:** responde a los requerimientos de la Ley 20.032 de Subvenciones de SENAME y su respectivo Reglamento, para determinar la prórroga de los convenios que los Organismos Colaboradores suscriben con SENAME, por un período igual al estipulado en dicho instrumento. Incluye la evaluación del primer año y siguientes (según período del convenio).

Para el desarrollo de las acciones de evaluación y monitoreo, es crucial que los equipos ejecutores completen adecuadamente y actualicen la información de Senainfo, que es la fuente de información secundaria más relevante con que cuenta el Servicio para realizar los procesos de monitoreo y evaluación. Los resultados de las evaluaciones son la base para proponer recomendaciones específicas a las autoridades institucionales para la toma de decisiones en torno a los modelos programáticos.

## VIII. MATRIZ LÓGICA

A nivel del modelo de intervención Residencial RDG, el desarrollo de una matriz lógica constituye la herramienta metodológica para poder evaluar mensualmente los resultados obtenidos por cada proyecto, vinculados a los objetivos generales y específicos que se plantearon para esta modalidad. Para la medición de estos objetivos, es fundamental que el equipo del proyecto residencial, considere estas mediciones en sus procesos de autoevaluación y realice las acciones necesarias para alcanzar los resultados esperados. Como se aprecia a continuación, cada objetivo tendrá asociado indicadores, metas y medios de verificación

Objetivo General	Indicadores	Fórmula de cálculo	Metas	Medios de verificación
Contribuir a la protección y restitución de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad severa o profunda y alta dependencia en situación de grave vulneración de derechos, mediante una intervención residencial transitoria, desarrollada bajo estándares mínimos de calidad <sup>94</sup> .	<u>Indicador de Eficacia</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes egresados de la residencia, con Plan de Intervención Individual (PII) logrado en el período t, que no reingresan en un periodo de 12 y 24 meses a proyectos residenciales de la red SENAME.	(Nº de niños, niñas y adolescentes egresados de la residencia, con Plan de Intervención Individual (PII) logrado en el período t, que no reingresan en un periodo de 12 y 24 meses a proyectos residenciales de la red SENAME/ Nº de niños, niñas y adolescentes egresados con PII logrado en el período t)*100	80%	Base de datos Senainfo
	<u>Indicador de Eficacia</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes egresados en el período t por cumplimiento de los objetivos del PII.	(Nº de niños, niñas y adolescentes egresados en el período t por cumplimiento de los objetivos del PII / Nº de niños, niñas y adolescentes egresados en el período t)*100	30%	Base de datos Senainfo

<sup>94</sup> Estándares mínimos de calidad para la atención residencial. DEPRODE, SENAME 2013.

	<u>Indicador de Calidad</u> Porcentaje de trabajadores(as) del proyecto residencial con capacitación acreditada en el periodo t en los temas establecidos en las orientaciones técnicas.	(Nº de trabajadores(as) del proyecto residencial con capacitación acreditada en el periodo t en los temas establecidos en las orientaciones técnicas / Nº total de trabajadores del centro en el periodo t)*100	100%	Certificados acreditación capacitaciones Carpetas individuales de trabajadores(as) del proyecto residencial.
	<u>Indicador de Eficiencia</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes egresados en el período t cuya permanencia se ajusta a los plazos establecidos en las Orientaciones Técnicas.	(Nº de niños, niñas y adolescentes egresados en el período t cuya permanencia se ajusta a los plazos establecidos en las Orientaciones Técnicas / Nº total de niños, niñas y adolescentes egresados en el período t)*100.	30%	Base de datos Senainfo
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Formula de Cálculo</b>	<b>Metas</b>	<b>Medios de verificación</b>
1. Asegurar calidad de vida para la satisfacción de las necesidades básicas y bienestar integral de los niños, niñas y adolescentes en la residencia.	<u>Indicador de Calidad</u> Porcentaje de características referidas a ubicación, estado de la infraestructura, condiciones ambientales y sanitarias con las que la residencia cumple, en el período t, de acuerdo a lo establecido en las orientaciones y bases técnicas.	(Nº de características referidas a ubicación, estado de la infraestructura, condiciones ambientales y sanitarias con las que la residencia cumple, en el período t, de acuerdo a lo establecido en las orientaciones y bases técnicas en el período t / Nº de características referidas a ubicación, estado de la infraestructura, condiciones ambientales y sanitarias establecidas en las orientaciones y bases técnicas en el periodo t)*100	100%	Informes de Supervisión Técnica y Financiera.

	<p><u>Indicador de Calidad:</u> Porcentaje de características referidas a espacio y equipamiento cumplidas por la residencia, en el período t, de acuerdo a lo establecido en las orientaciones y bases técnicas.</p>	<p>(Nº de características referidas a espacio y equipamiento con las que cumple la residencia, en el período t, de acuerdo a lo establecido en las orientaciones y bases técnicas en el período t / Nº de características referidas a espacio y equipamiento establecidas en las orientaciones y bases técnicas en el periodo t)*100</p>	<p>100%</p>	<p>Informes de Supervisión Técnica y Financiera.</p>
	<p><u>Indicador de Proceso</u> Porcentaje de trabajadores(as) contratados en los proyectos residenciales y bien evaluados en su desempeño, que permanecen en el desarrollo de sus funciones, en el período t.</p>	<p>(Nº de trabajadores contratados en el proyecto residencial y bien evaluados en su desempeño, que permanecen en el desarrollo de sus funciones, en el período t / Nº de trabajadores contratados en el proyecto residencial y evaluados en su desempeño, en el período t) *100</p>	<p>60%</p>	<p>-Contratos del equipo al inicio del proyecto y vigentes al año t. -Evaluaciones anuales de desempeño de los trabajadores. -Finiquitos de trabajadores del proyecto en el año t. (Todos son documentos contenidos en la carpeta del personal)</p>

<p>2. Disminuir los efectos de las graves vulneraciones de derecho de los niños, niñas y adolescentes, mediante intervenciones acordes a su nivel de desarrollo, características y necesidades, por el equipo residencial y en coordinación con otras instancias de la red local</p>	<p><u>Indicador de Eficacia</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que acceden a las prestaciones de las redes locales de Salud, Educación y Senadis, en el período t.</p>	<p>(Nº de niños, niñas y adolescentes que acceden a las prestaciones de las redes locales de Salud y Educación y Senadis, en el período t / Nº niños, niñas y adolescentes atendidos en el período t)*100</p>	<p>100%</p>	<p>Base de datos Senainfo Registro y certificación (verificadores) en la carpeta individual de niño, niña o adolescente. Plan de Intervención Individual.</p>
	<p><u>Indicador de eficacia</u> Porcentaje de niños, niñas o adolescentes con acciones mínimas realizadas para la disminución de los síntomas atribuibles a las graves vulneraciones, en el período t.</p>	<p>(Nº de niños, niñas o adolescentes con acciones mínimas realizadas para la para la disminución de los síntomas atribuibles a las graves vulneraciones graves vulneraciones, en el período t / Nº total de niños, niñas o adolescentes atendidos, en el período t) * 100</p>	<p>80%</p>	<p>Base de datos Senainfo.</p>

<p>3. Lograr la integración familiar estable de los niños, niñas y adolescentes, en contextos familiares protectores<sup>95</sup> y/o la mantención de los vínculos con familia y adultos significativos.</p>	<p><u>Indicador de Eficacia</u> Porcentaje de familias con las que se trabajó el egreso que desarrollan o fortalecen sus competencias parentales, según Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte NCFAS-R<sup>96</sup> en el período t.</p>	<p>(Nº de familias con las que se trabajó el egreso desarrollan o fortalecen sus competencias parentales, medidas según la Escala NCFAS-R, en el período t / Nº total de familias con las se trabajó el egreso medidas según la Escala NCFAS-R, en el período t)*100.</p>	<p>80%</p>	<p>Base de datos Senainfo. Evaluaciones ex ante y ex post de competencias parentales.</p>
<p>4. Estimular en los niños, niñas y adolescentes la adquisición de destrezas para la autonomía progresiva o disminución de la dependencia de otras personas.</p>	<p><u>Indicador de eficacia</u> Porcentaje de niños, niñas o adolescentes con acciones mínimas realizadas para el desarrollo de la autovalencia progresiva, en el período t.</p>	<p>(Nº de niños, niñas o adolescentes con acciones mínimas realizadas para el desarrollo de la autovalencia progresiva, en el período t/ Nº total de niños, niñas o adolescentes atendidos, en el período t) * 100</p>	<p>50%</p>	<p>Base de datos Senainfo.</p>

Las siguientes metas transversales se consideran en toda modalidad programática de la oferta de protección de Sename, puesto que dan cuenta de la satisfacción que reportan los usuarios respecto de la atención recibida, de la calidad de la información que proporcionan los proyectos al Servicio y de la estabilidad del recurso humano en el proyecto:

<sup>95</sup> Se define como “contextos familiares protectores” a aquellos grupos familiares conformados por la familia biológica del niño o por adultos responsables con los cuales la residencia realizó procesos de intervención destinados a la evaluación y fortalecimiento de sus competencias parentales. Considera también a la familia adoptiva.

<sup>96</sup> Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte (NCFAS). La versión NCFAS-R sirve para ser aplicada por programas que evalúan la Reunificación Familiar, en casos de niños(as) institucionalizados en Residencias o Familias de Acogida.

### Calidad de la información

- Índice de calidad de la información de acuerdo a los criterios de oportunidad, información del proyecto sin dato, diagnóstico no registrado, información de ingreso sin dato<sup>97</sup>
- Meta: 1.4.-
- Fórmula de cálculo: (Sumatoria de los subtotales de las categorías oportunidad, información del proyecto sin dato, diagnóstico no registrado, e información de ingreso si dato)/4

### Satisfacción de usuarios respecto de la atención:<sup>98</sup>

- Meta: 80% de las familias de la población atendida califica favorablemente la atención recibida en el proyecto.
- Fórmula de cálculo: (Nº de familias que califican favorablemente la atención recibida por los usuarios en el proyecto en el año t / Nº de familias atendidas en el año t)\*100

---

<sup>97</sup> El índice de calidad de la información será definida por el Servicio Nacional de Menores anualmente y será monitoreada a través de la plataforma Senainfo.

<sup>98</sup> La evaluación de satisfacción de usuarios forma parte del proceso de autoevaluación que le compete desarrollar a cada proyecto residencial. Por tanto, la encuesta a aplicar y sus categorías serán materia de elaboración del organismo responsable. Asimismo, desde SENAME se podrá aplicar encuesta de satisfacción usuaria para esta modalidad de atención residencial.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
2. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
3. Cámara de Diputados. (2015). Proyecto de Resolución N°435: Regula la provisión de alimentos vegetarianos y veganos en establecimientos públicos. Noviembre 2015.
4. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la Organización Mundial de la Salud – OMS- CIF- [http://conadis.gob.mx/doc/CIF\\_OMS.pdf](http://conadis.gob.mx/doc/CIF_OMS.pdf)
5. Estudio: “La realidad de niños, niñas y adolescentes de pueblos indígenas residentes en centros para mayores del Sename”. Sename/ Universidad de la Frontera (Ufro 2009).
6. Cantwell, N.; Davidson, J.; Elsley, S.; Milligan, I.; Quinn, N. (2012). Avanzando en la implementación de las “Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños” Reino Unido: Centre for Excellence for Looked After Children in Scotland. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/videoaudio/PDFs/100407-UNGA-Res-64-142.es.pdf>
7. Cirillo, Stefano (2012), citado en Guía de estrategias de intervención Familiar. Instituto Chileno de Terapia Familiar, Programa Vida Nueva SENAME , abril 2014.
8. Fuenzalida, S., Valenzuela, y Rubio, P. (2013). *Guía sobre derechos de infancia e interculturalidad para uso docente*. UNICEF, Carabineros de Chile, Universidad Central. Disponible en: <http://unicef.cl/web/guia-sobre-derechos-de-infancia-e-interculturalidad/>
9. Hidalgo, V. (2005). “Cultura, Multiculturalidad, Interculturalidad y Transculturalidad: Evolución de un Término”, En *Revista Universitas Tarraconensis*, Revista de Ciencias de la Educación. , N° 1, 2005, págs. 75-85 España
10. Ministerio de Justicia. (2005). Ley 20.032, Establece Sistema de Atención a la Niñez y Adolescencia a través de la red de colaboradores del SENAME , y su régimen de subvención. Artículo 4º, número 3.3. Disponible en: <http://bcn.cl/1m4rk>
11. Ministerio Secretaría General de Gobierno. (2005). Ley 20.609. Establece medidas contra la discriminación. Disponible en: <http://bcn.cl/1m02k>.
12. Ministerio de Justicia. (2005). Ley 20.032, Establece Sistema de Atención a la Niñez y Adolescencia a través de la red de colaboradores del SENAME , y su régimen de subvención. Disponible en: <http://bcn.cl/1m4rk>
13. Ministerio de Planificación y Cooperación. (1993). Ley 19.253 Establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. Disponible en: <http://bcn.cl/1zcg>

14. (2007). Ley 20.203. Modifica normas relativas al subsidio familiar y a la adopción. Disponible en: <http://bcn.cl/1u94j>
15. Naciones Unidas. (2007). Observación General Nº 9, Los derechos de los niños con discapacidad, CRC/C/GC/9, 27 de febrero de 2007, párrafo 47.
16. Naciones Unidas. (2010). Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños. Resolución aprobada por la Asamblea General sobre la base del informe de la Tercera Comisión (A/64/434).
17. Organización Internacional del Trabajo. (1989). Convenio N°169, Ginebra. Disponible en: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/normes/documents/publication/wcms\\_100910.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/normes/documents/publication/wcms_100910.pdf)
18. Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar- RELAF; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef (2010) “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”
19. (2011). Indicación Nº 102. Trabajo en red. Guía de Estándares de Relaf y Unicef, en el contexto de la aplicación de las Directrices de las Naciones Unidas sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños. Argentina.
20. SENAME. (2014) *Guía de estrategias de intervención Familiar*. Instituto Chileno de Terapia Familiar, Programa Vida Nueva.
21. UNESCO. (2007). “Educación de calidad para todos: un asunto de derechos humanos. Documento de discusión sobre políticas educativas en el marco de la II reunión intergubernamental del proyecto regional de educación para América Latina y el Caribe (EPT/PRELAC)”. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001502/150272s.pdf>

## X. ANEXOS

### Anexo N° 1

#### LA SEXUALIDAD Y LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

Para conversar sobre sexualidad con el niño/a o adolescente con discapacidad, no es necesario esperar que éste pregunte, realice gestos o conductas relacionadas con la esfera sexual; basta con reconocer que también tiene su sexualidad y necesita expresarla, indistintamente al tipo y grado de la discapacidad.

Es relevante considerar que desde el punto de vista de las necesidades fisiológicas y afectivas, los niños/as y adolescentes con discapacidad son iguales a los demás. Sin embargo, se debe reconocer que la *vivencia* de afectividad y sexualidad en ellos/as asume cierta especificidad.

En particular, los niños/as y adolescentes con discapacidad intelectual, se caracterizan, entre otras cosas, por<sup>99</sup>:

- Tienden a ser **más desinhibidos/as** en la forma de iniciar y llevar a cabo la exploración del cuerpo. Y los que tienen más dificultades para integrar racionalmente la información que se les entrega, presentan rasgos más exacerbados y con dificultades para establecer límites respecto de los lugares y oportunidades en que cabe realizar estas indagaciones.

- - Experimentan con mucha 'normalidad' la aparición y maduración del interés sexual. Los códigos con los cuales enfrentan su experiencia erótica o amorosa ocurren más desde la **naturalidad de los episodios**, que desde categorías que las califiquen como buenas o malas conductas. Funcionan desde la espontaneidad, el juego y la realización, pero no son capaces de discriminar conductas riesgosas a trasgresoras de su intimidad o la de otros u otras. **La dificultad para poner límites los vuelve vulnerables**, tanto entre pares como potencialmente respecto de otros u otras que puedan vincularse con su cuerpo.

- Su capacidad de comunicar intereses, determinar expectativas y configurar identidades singulares respecto de sí y de los otros y otras, está **fuertemente influida por el tipo y grado de discapacidad**. Dependerá de las facultades analíticas y comunicativas básicas y de la capacidad de manifestar inquietudes y proyectarlas a su contexto biográfico.

Éstas, y otras características deben ser consideradas por el equipo del centro residencial en el abordaje de la sexualidad. Es importante que los/as funcionarios que se relacionen directamente con los niños/as y adolescentes tengan la disposición a educarles positivamente al respecto, no solamente en instancias específicas destinadas a ello, sino en la vida cotidiana, pues es en la interacción diaria donde se está permanentemente modelando y formando en el tema. Asimismo, que sean capaces de derribar lo que algunos autores denominan el "muro del silencio", el cual se construye por diferentes factores, entre ellos, el mito o el temor de los adultos a abrir el tema y con ello

---

<sup>99</sup> Mineduc, 2006. "Estudio de educación en sexualidad y afectividad en el mundo de la discapacidad intelectual", citado en "Educación sexual de niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual. Guía para el docente" (Mineduc, 2007).

despertar el interés sexual en el niño/a o adolescente, siendo que la sexualidad está presente desde el nacimiento.

Los niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad al igual que todos, pueden sentir la necesidad de explorar su cuerpo o acariciarse y/o buscar cómo expresar su interés sexual. Para ello, el cuidador(a)/educador de trato directo(a) deberá estar preparado para intervenir y/o responder en forma natural, mostrando interés en el tema con la finalidad de que éstos aprendan “que hay conductas que tienen que ver con la intimidad, que su cuerpo es parte de esta intimidad. Por eso no es lo mismo decirle "esto no se hace" que "esto AQUÍ no se hace".<sup>100</sup>

Por ello, es importante **lo que se dice y cómo se dice, o cómo se actúa**. Al ayudar a un niño/a o adolescentes a vestirse, asearse o ir al baño, inevitablemente se invade su privacidad, -tanto su cuerpo como su pudor-, debiendo el adulto no exponerlo a la mirada de otros, a fin de ayudarlo a entender, por ejemplo “que no puede desnudarse donde quiera, pero también para que aprenda que no le puede ver desnudo o desnuda cualquiera.”<sup>101</sup>

Para ello, el educador/cuidador, previamente, deberá reconocer y aceptar las propias resistencias y limitaciones en el ámbito de la sexualidad.

Para tratar el tema, con niños/as y adolescentes con discapacidad, es necesario crear una atmosfera de confianza y respeto, transmitiendo una actitud positiva hacia la sexualidad, escuchando y presentando material educativo apropiado a las necesidades y nivel de comprensión de éstos, con ejemplos, cercanos a su realidad, etc. No se debe mentir al niño/a, debiendo entregarle explicaciones entendibles, concretas y oportunas, que respondan a lo que está preguntando.

A continuación, se reproducen algunas de las recomendaciones entregadas por UNICEF para abordar la sexualidad con niños/as y adolescentes con discapacidad.<sup>102</sup>

Discapacidad intelectual	<p>Los niños y niñas con discapacidad intelectual a veces necesitan algo más de tiempo que los demás para comprender las cuestiones referidas a su sexualidad. Las reiteraciones, el lenguaje llano y sencillo, las indicaciones claras y por pasos, los mensajes breves (dosificando la información) suelen ser buenos recursos para hacernos entender y saber qué necesitan.</p> <p>Los niños que tienen menos posibilidades de comunicación a través del lenguaje suelen usar gestos para hacerse entender. Las fotos, los dibujos simples y sobre todo las situaciones cotidianas y no artificiales (algo que pasa en la TV o que surge durante un paseo en la calle) son la mejor manera de comunicarnos con ellos y enseñarles</p>
Discapacidad auditiva	<p>La lengua de señas se apoya en el cuerpo de las personas y se construye con elementos del cuerpo: los movimientos, las formas de la mano, los gestos.</p> <p>Muchas veces las señas relacionadas con la sexualidad son “vistas” por</p>

<sup>100</sup> Apuntes de Educación Sexual sobre la Sexualidad de Niños y Niñas con Discapacidad. Carlos de la Cruz Martín-Romo, y Óscar Lázaro Cabezón. Año 2006.

<sup>101</sup> Idem

<sup>102</sup> “ES PARTE DE LA VIDA: Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia”, UNICEF, año 2012.

	los oyentes como “demasiado explícitas” ya que involucran “literalmente” las partes del cuerpo y necesitan tocarlas para comunicarlas. Estos aspectos son inherentes a la cultura sorda y también a su manera de tratar la sexualidad. Es difícil explicarles a los niños las ideas de ‘privado’, ‘secreto’, ‘confianza’ o ‘intimidad’. Necesitará explicar esas ideas más de una vez. Use diferentes señas, gestos, dibujos y palabras hasta estar seguro de que el niño/a ha entendido.
Discapacidad visual	Los niños con discapacidad visual están privados de algunas herramientas que permiten aprender acerca de las diferencias sexuales. Sin embargo, cuentan con una gran capacidad de asimilar la información y educación sexual que reciben. Para ayudarlos, es necesario aportarles materiales concretos, figuras en relieve y oportunidades de experimentar a través del tacto (o braille) los aspectos de la sexualidad y el cuerpo. Especial relevancia adquieren los relatos, historias y aportes que los demás puedan transmitirles acerca del amor, sentimientos e importancia de una sexualidad saludable y segura.

## Anexo Nº 2

### LIBRO O CUADERNO DE VIDA. ESTRATEGIA DE TRABAJO EN LA HISTORIA DEL NIÑO(A) O ADOLESCENTE.

A continuación, se presenta una propuesta de estrategia para elaborar el libro de vida de cada niño, niña o adolescente en la residencia, basada en los contenidos del documento español “Guía para trabajar la historia de vida con niños y niñas. Acogimiento familiar y residencial”<sup>103</sup>

Esta estrategia se adecuará a las características de la población atendida, es decir, realizando los ajustes razonables al tipo y nivel de discapacidad de cada niño, niña o adolescente. Este registro se elaborará considerando el enfoque de derechos, comprendiendo su vida previa a la llegada a la residencia, del ingreso a ésta, de la vida que desarrolla durante su permanencia, de la preparación de la despedida y egreso. Cada niño(a) o adolescente llevará consigo el resultado de este trabajo al egresar de la residencia. Si el niño/a cambia de residencia, puede llevarlo y darse continuidad al trabajo en el nuevo contexto.

Es un procedimiento sistemático, organizado y personalizado que permite a los niños(as) hablar de su vida y elaborar un registro material en forma de libro en que se incluyen cronológicamente los elementos más significativos de su pasado, de sus experiencias presentes y de sus expectativas y deseos para el futuro. Se puede completar un libro previamente pre diseñado o crear con el niño(a) un libro personalizado, con materiales diversos.

Este trabajo se inicia desde el ingreso del niño(a) a la residencia, para lo cual se requiere generar las siguientes condiciones:

<sup>103</sup> Jiménez M., Jesús; Martínez C., Rocío; Mata F., Estefanía. Guía para trabajar la historia de vida con niños y niñas. Acogimiento familiar y residencial. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. <http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=3368&tipo=documento>

- Definir los objetivos que se quiere alcanzar.
- Disponer de tiempo y lugar de encuentro con el niño, niña o adolescente, sin interferencias.
- Contar con el material necesario.
- Motivación y clima de entendimiento entre el niño(a) o adolescente y el adulto (profesional o educador) que acompañará la elaboración de este libro.

#### **Objetivos:**

- Atender la narración de los niños, niñas y adolescentes sobre su historia de vida, con sensibilidad y empatía respecto de forma en que la perciben.
- Ayudar a los niños niñas y adolescentes a ordenar y dar sentido a su historia y a su situación presente y futura.
- Ofrecer a los niños niñas y adolescentes un espacio de seguridad y contención para explorar y expresar sus sentimientos y emociones en relación a su historia personal.
- Ayudar a los niños niñas y adolescentes a visualizar una imagen positiva de sí mismos,
- Ayudar a los niños niñas y adolescentes a afrontar las transiciones familiares o cambios.

#### **Fundamentos del trabajo de historia de vida:**

Una herramienta fundamental para conocer a los niños(as) y adolescentes es lograr establecer una relación de confianza que propicie la comunicación, ya que a través de sus palabras nos pueden expresar lo que piensan y sienten y con sus gestos pueden dejar entrever lo que no dicen directamente. Se sugiere aprovechar situaciones cotidianas y de tranquilidad, para establecer proximidad y compartir actividades gratificantes.

Para favorecer la comunicación es necesario lograr ponerse en el lugar del niño(a) o adolescente, intentando ver desde su perspectiva, identificar las formas en manifiesta el afecto o sus sentimientos y devolverle lo que se ha entendido de su expresión en forma clara, para corroborar que se le está entendiendo. . Es conveniente actuar apresuradamente, si no se cuenta con el tiempo necesario, se debe esperar a tenerlo para desarrollar alguna actividad relacionada con la elaboración del libro de vida.

Es importante mostrar interés por todos los aspectos de la historia del niño(a) o adolescente, no sólo aquellos problemáticos; respetar su espacio, demostrar interés y satisfacción ante las muestras de afecto; ser sinceros(as) y asumir nuestros errores.

#### **Habilidades y estrategias:**

##### **Escucha activa: Claves de la escucha activa.**

- Disposición a escuchar:
- Mantenerse centrado en la conversación evitando distracciones, interrupciones u otras actividades.
- No situarse en la posición de experto.
- Mostrar interés, preguntarle y escuchar lo que tiene que decir.

### **Observación del niño:**

- Observar las reacciones del niño(a), sus mensajes, sus gestos, respetando el turno para tomar la palabra.
- Claves no verbales:
- Utilizar gestos de apertura a la comunicación: sonrisas, afirmar con la cabeza.
- Utilizar tono suave y moderado en la voz.
- Adoptar posición avanzada o inclinada, puede transmitir interés, predisposición positiva y apertura al diálogo.

### **Expresiones verbales:**

Utilizar expresiones que inviten al niño a seguir hablando “y entonces...”, “si...”

- Resumir o interpretar lo que dice el niño(a).
- Evitar frases que quiten importancia a lo que dice el niño(a).
- Utilizar frases que ofrezcan sugerencias o propuestas de ayuda.
- Evitar frases que cierran posibilidades de cambio.
- Hacer preguntas pertinentes y acordes a los contenidos de la conversación.
- Utilizar lenguaje sencillo y coloquial, evitando tecnicismos.

### **Empatía:**

Reconocer, distinguir y conectar con los sentimientos y estados emocionales de los niños(as) y adolescentes ayuda a sentir como se sienten y puede ayudarles a sentirse valorados y apoyados. Intentar captar lo que ellos nos quieren decir y compartir sus sentimientos contribuye a fortalecer el vínculo entre el adulto y el niño(a).

### **Ser receptivos y tener paciencia:**

Dar a los niños(as) y adolescentes el tiempo y la distancia que necesitan, para que sean ellos quienes tomen la iniciativa o nos muestren el camino para seguir adelante.

### **Saber manejar los silencios:**

El silencio puede ser una buena manera de decirle al niño(a) o adolescente que se tiene disposición a escucharlo, aceptarlo, y acompañarlo a lo largo del proceso.

### **Mostrar aceptación:**

Fijarse en los aspectos positivos reconociendo los avances del niño(a) o adolescente y el valor de este progreso, sin censurar ni desvalorizar sus actitudes y sentimientos. Todos los niños(as) y adolescente tienen recursos que es necesario identificar, reconocer y potenciar.

### **Sentido lúdico:**

El juego y el sentido del humor son ingredientes fundamentales para hacer este trabajo, pues crea un contexto de relación en que los niños(as) y adolescentes pueden relajarse, comunicar y reducir la tensión. Jugar con los niños(as) con distintos elementos, contarles

anécdotas graciosas, leer libros, ver películas cómicas, hacerles bromas, crea un ambiente relajado que facilita la comunicación.

### **Creatividad e imaginación:**

Inventar juegos, e introducir variantes, crear una obra de teatro, hacer manualidades adaptando las técnicas a sus preferencias, pintar, etc.

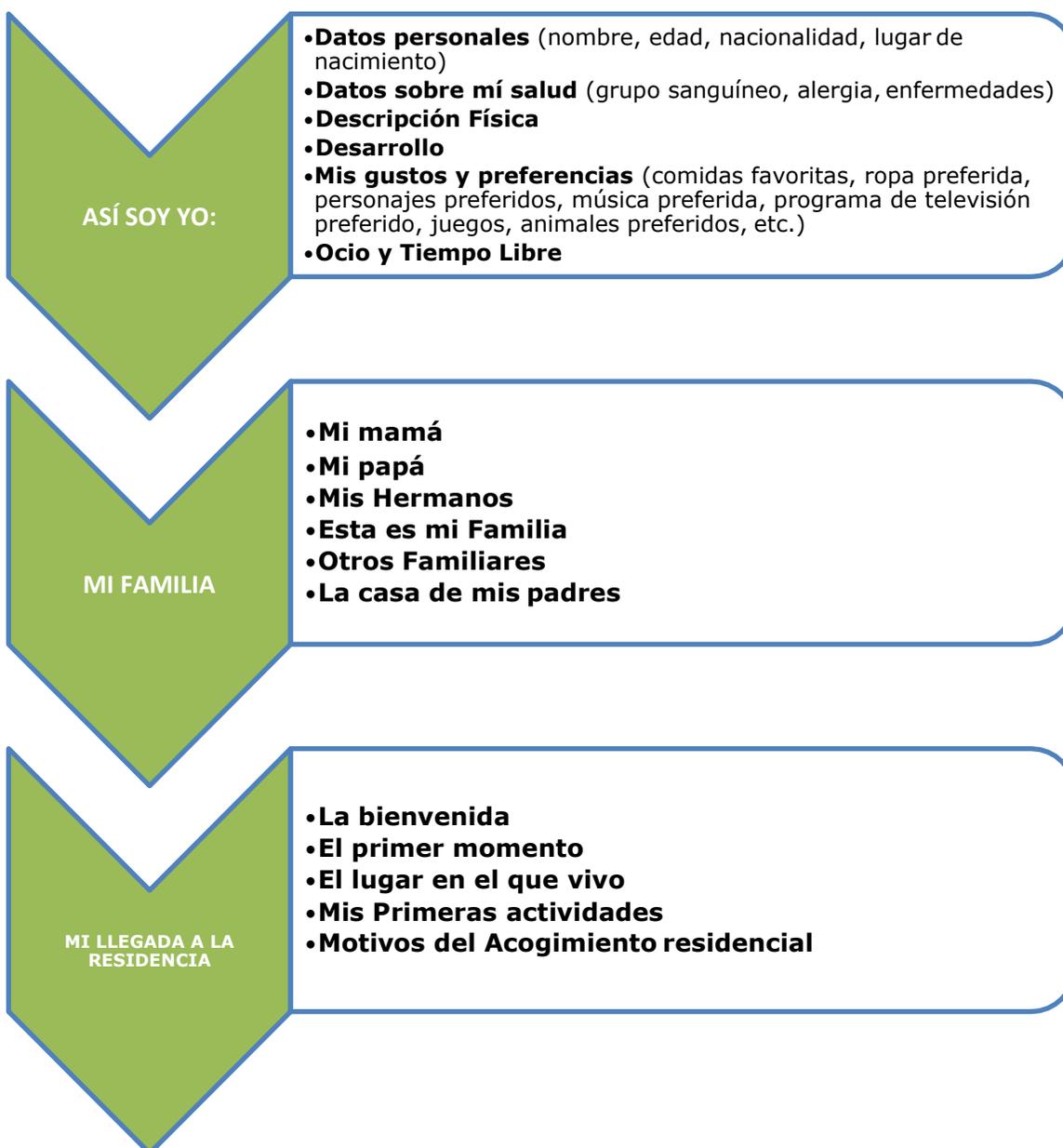
El libro o cuaderno de vida se inicia con la recopilación de antecedentes sobre la historia del niño(a) a cargo del equipo profesional, a través de la revisión de variadas fuentes de información: revisión de documentos (expediente de Tribunal de Familia, informes, antecedentes de salud, escolares, etc.), contacto con familiares (padres, otros familiares, vecinos, amigos, etc.). Se realiza una síntesis de los elementos más importantes y estos se comparten con el niño(a) o adolescente, al momento de incorporarlos al libro o cuaderno de vida, siempre de la manera más fidedigna, sin alterar hechos o situaciones.

El trabajo a realizar con el niño(a) incluye documentos escritos (cartas, tareas escolares, genograma, ecomapa, etc.); dibujos hechos por el niño(a) o adolescente de personas, momentos, celebraciones, amistades, fotografías, objetos y documentos que tienen valor para él/ella.

En el libro el niño (en primera persona) y el adulto acompañante (en segunda persona, por ejemplo, “el día de tu llegada a la residencia”), pueden escribir ideas, comentarios, pensamientos, que den coherencia narrativa y de sentido a las diferentes secciones y materiales del libro. Se trata de crear un documento gráfico de la historia de un niño(a) o adolescente, que debe representar una imagen positiva y constructiva, estar ordenado cronológicamente y contener información relevante y variada.

En la elaboración del pueden contribuir todas las personas significativas para el niño(a), siempre que lo desee, pues le pertenece, lo que exige guardar confidencialidad acerca de su contenido. Hay que acordar con el niño(a) o adolescente un lugar para guardarlo, para evitar su pérdida o deterioro, hasta terminar el trabajo. El lugar debe ser seguro y el niño(a) tener acceso a éste. Al respecto se recomienda realizar copia de fotos y otros documentos importantes.

## Secciones y contenidos del libro



**MI ESCUELA**

- **Mi escuela**
- **Mis Compañeros de curso**
- **Lo que me gusta de mi escuela**
- **Actividades extra escolares**
- **Mis Notas**

**ACTIVIDADES EN LA RESIDENCIA**

- **Cumpleaños**
- **Paseos y viajes**
- **Vacaciones**
- **Recuerdos y Ocasiones Especiales**

**PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS**

- **Cosas que me hacen reír**
- **Cosas que me sorprenden**
- **Cosas que me asustan**
- **Cosas que me aburren**
- **Cosas que me ponen triste**
- **Cosas que me tranquilizan**
- **Cosas que me enojan**
- **Personas que me hacen ser cariñoso (a)**
- **Otros sentimientos**

**MI FUTURO**

- **Que espero para el futuro**
- **Mis sueños**