



SENAME  
Ministerio de Justicia  
y Derechos Humanos

Chile  
en marcha

Gobierno de Chile

## ORIENTACIONES TÉCNICAS ADOLESCENCIA TEMPRANA DE ADMINISTRACIÓN DIRECTA

Departamento de Protección de Derechos  
Área de Diseño y Evaluación  
Agosto, 2019



**I. PRESENTACIÓN** 3

**II. MARCO DE REFERENCIA** 5

DESARROLLO EVOLUTIVO 5

EL MALTRATO Y SUS EFECTOS EN EL DESARROLLO 8

FACTORES PROTECTORES Y POTENCIALIDAD DE DESARROLLO 10

**III. ESTADO ACTUAL** 13

CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS/AS QUE INGRESAN A LAS RESIDENCIAS

FAMILIARES 13

CIFRAS EN CHILE 14

**IV. ÁMBITOS DE ACCION DE LAS RESIDENCIAS FAMILIARES** 15

1. RESIDENCIALIDAD EMOCIONALMENTE SEGURA 16

2. ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO AL NIÑO O NIÑA 20

3. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA FAMILIAR 21

4. ARTICULACIÓN CON REDES DE PROTECCIÓN 23

**V. MODELO DE INTERVENCIÓN RESIDENCIAS FAMILIARES DE ADOLESCENCIA TEMPRANA DE ADMINISTRACIÓN DIRECTA** 26

OBJETIVO GENERAL 26

OBJETIVOS ESPECÍFICOS 26

SUJETO DE ATENCIÓN 26

VÍA DE INGRESO 27

**VI. PROCESO DE INTERVENCIÓN** 27

HITOS 30

EQUIPO DE INTERVENCIÓN 69

**VII. INDICADORES** 74

**VIII. BIBLIOGRAFÍA** 80

## I. PRESENTACIÓN

Desde su inicio, el actual gobierno ha expresado la voluntad de situar a la niñez y adolescencia como un grupo prioritario para la generación y fortalecimiento de políticas públicas en su beneficio.

El Comité Interministerial de Desarrollo Social de la Niñez, coordinado por el Ministro de Desarrollo Social, tiene la función de asesorar al Presidente de la República a determinar los lineamientos de política pública de apoyo a la niñez, para velar por los derechos de los niños y niñas, promover y proteger su ejercicio y coordinar acciones, prestaciones y/o servicios intersectoriales requeridos. En ese contexto, se acuerda la paulatina implementación de las 94 propuestas contenidas en el **Acuerdo Nacional por la Infancia**, publicado en el año 2018.

El Acuerdo Nacional por la Infancia responde al propósito de promover el desarrollo integral de todos los niños y niñas del país, para que alcancen el máximo desarrollo de sus capacidades, generando mecanismos de alerta temprana que permitan prevenir las vulneraciones de derechos o actuar tempranamente al producirse y proteger a aquellos niños y niñas que han sido vulnerados, a fin que puedan interrumpir su trayectoria modificándola hacia una promotora de su desarrollo. Así, se da especial importancia a la familia, como también a la comunidad, en su rol protector insustituible en la promoción de los derechos de la niñez y prevención de las vulneraciones.

El Acuerdo Nacional por la Infancia se organiza en torno a tres ejes de acción: protección universal, protección en riesgo de vulneración y protección/restitución. Éste último refiere a los niños, niñas y adolescentes atendidos en la red de SENAME, con

énfasis en el grupo que ha debido ser ingresado a residencias de protección y separado de su medio familiar, como medida de protección judicial, ante graves vulneraciones de sus derechos.

Al respecto, el Acuerdo Nacional por la Infancia propone mejorar el cuidado residencial y el desarrollo de procesos de intervención para la recuperación y restitución de los derechos de los niños, niñas o adolescentes atendidos –lo que implica trabajo con los mismos, las familias y las redes–, implementando residencias con menor cobertura de atención simultánea, diferenciadas de acuerdo al curso de vida, en ambientes similares al de una familia, con personal especializado y tutores/as capacitados que se constituyan en figuras de referencia para los niños, niñas o adolescentes.

De esta forma, se avanza hacia el cumplimiento de las Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños de las Naciones Unidas (2010), como un marco orientador en esta materia, que se desprende de la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por el Estado chileno el año 1990.

Con las consideraciones antes señaladas, SENAME diseña las **Residencias Familiares de Adolescencia Temprana de Administración Directa**, a fin de que el modelo técnico permita que dichas formas de cuidado se constituyan en instancias efectivas de protección, restitución de derechos y superación de las experiencias de vulneración, mediante procesos personalizados, participativos y pertinentes, con cada niño o niña, su familia y el entorno comunitario.

La denominación “Residencias Familiares”(RF) alude a la firme voluntad de atender a los niños y niñas en un ambiente familiar, con espacios acogedores, donde puedan desenvolverse libre y positivamente; una casa que brinde un ambiente emocionalmente seguro, con personal preparado para realizar

procesos de intervención orientados a lograr la revinculación familiar, la integración en la comunidad, la superación de las experiencias de vulneración y el despliegue del potencial de desarrollo de cada niño o niña.

La Residencia Familiar que se describe en este documento recoge los aprendizajes logrados en experiencias exitosas de los equipos técnicos y profesionales de SENAME y los conocimientos de la investigación especializada. Asimismo, refleja la convicción de que todos los niños, las niñas y los adolescentes, sin excepción, son sujetos de derecho y siempre cuentan con recursos personales para –aún en circunstancias difíciles– desarrollar sus potencialidades.

## II. MARCO DE REFERENCIA

### Desarrollo evolutivo

El desarrollo evolutivo refiere a la adquisición de nuevas habilidades, funciones y herramientas. Este proceso da cuenta de un cambio continuo por el que atraviesan, las personas desde su concepción hasta su adultez. Es un proceso multidimensional, donde las variables tanto internas como externas, van impactando en cómo transcurre el desarrollo de cada individuo. Cada niña o niño es un organismo integrado, donde distintos aspectos influyen en cómo se va generando su desarrollo. Tanto los aspectos biológicos, sus experiencias, y el contexto en que crecen son parte importante de la formación del niño o niña, y además interactúan entre sí, impactando en forma particular a cada persona (Tinajero & Páramo, 2012).

Por su parte, el enfoque de curso de vida plantea que existe una fuerte vinculación *“entre las experiencias de vida de los sujetos, los marcos institucionales en que éstas se desenvuelven y los contextos socio-históricos específicos que condicionan la experiencia de una cohorte particular”* (Sepúlveda, 2010). Desde este punto de vista, se considera a los individuos en grupos de edad, en referencia con su entorno social y momentos históricos (Sepúlveda, 2010; Consejo de Infancia, 2015). Por lo tanto, no sólo se considera su edad cronológica, sino cómo ese grupo etario se desarrolla en un contexto socio-cultural y tiempo determinado.

Según lo señalado por UNICEF (2011), podría considerarse “Adolescencia Temprana” al período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. El Servicio está en sintonía con este planteamiento; no obstante, define el inicio a los 9 años, en

función de lo señalado por el Comité de los Derechos del Niño, Observación N°7 (Organización de las Naciones Unidas, 2005), quienes señalan el término de la primera infancia a los 8 años. Para efecto de este documento, dado que esta etapa es una transición entre la niñez y la adolescencia propiamente tal, en la cual se está en proceso de construcción de una identidad “adolescente”, se continuará haciendo alusión a “niños y niñas” a los adolescentes en etapa inicial.

La adolescencia temprana es una etapa donde comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias, y que limita con una “adolescencia tardía”, etapa donde se desarrolla más fuertemente la capacidad de evaluar riesgos, tomar decisiones conscientes y asumir con mayor claridad una identidad (UNICEF, 2011).

Esta etapa es comprendida como una etapa intermedia o de transición que anuncia la llegada de cambios físicos y psicológicos que se manifiestan luego más profundamente con la aparición de la adolescencia como tal. Algunos sostienen que esta etapa está asociada a un fenómeno generacional de “adelantamiento de la adolescencia”, donde los agentes socializadores vinculados a las nuevas tecnologías y el desarrollo de los procesos de globalización, han provocado desajuste con la generación anterior.

La fase de cambios acelerados en el desarrollo, también es llamada por algunos autores Preadolescencia (Correa y Jaramillo, 2001). La manera en que se incorporan estos cambios pueden provocar ciertos desajustes en la relación entre el niño o niña y su entorno. En tanto la estructura de pensamiento del niño/a comienza a estar preparada para comprender aspectos de la realidad que antes no era posible abordar, la

preadolescencia puede manifestarse en una creciente capacidad de discrepar o tener una actitud crítica a la hora de analizar su situación y las contradicciones del contexto social en el que vive (Correa y Jaramillo, 2001). Asimismo, la preadolescencia se caracteriza por condicionar la propia imagen, el lenguaje, y los gestos, a la aprobación de terceros, principalmente de sus pares (Correa y Jaramillo, 2001). La pertenencia a un grupo resulta de esta manera un aspecto fundamental en tanto mecanismo de autoafirmación. De igual manera, este ciclo resulta ser un grupo en una condición especialmente vulnerable, en tanto niños y niñas ingresan paulatinamente a los códigos y conductas del mundo juvenil y adulto, recibiendo sus mismas influencias en una condición de menor desarrollo psicoemocional, lo que podría provocar eventuales conductas de riesgo que deben ser abordadas anticipadamente, a fin de prevenirlas.

Además, es en esta etapa que tanto las niñas como los niños toman mayor consciencia de su género que cuando eran más pequeños y pueden ir ajustando su conducta y apariencia a las normas que se observan (UNICEF, 2011).

Dado los constantes y rápidos cambios que sufren los niños y niñas en esta etapa, la adolescencia temprana debe ser una etapa en que éstos cuenten con un espacio estable, claro y seguro, a fin de que puedan conciliar de la mejor manera posible la transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, en un período libre de cargas que supone la realización de funciones propias de los adultos (UNICEF, 2011). Asimismo, cobra una clara importancia que en esta etapa se le entregue a los niños y niñas la información necesaria para el autocuidado y el cuidado de otros en los distintos ámbitos de su desarrollo (físico, sexual, reproductivo, relaciones afectivas), a fin de que desarrollen estrategias de cuidado preventivas.

El desarrollo psicológico de esta etapa del ciclo de vida se caracteriza por la existencia de egocentrismo, el cual constituye una característica normal que va disminuyendo progresivamente, dando paso a un punto de vista sociocéntrico (propio de la adultez) a medida que la persona madura. Este egocentrismo se evidencia por la existencia de un foco general en sí mismo y de los fenómenos a los que Elkind llama la “audiencia imaginaria” y la “fábula personal” (Gaete V., 2015). En otras palabras, el niño/a se encuentra muy centrado en su propia conducta, cambios corporales y apariencia física, y asume que los otros tienen perspectivas y valores idénticos a los suyos. Por otra parte, siente y cree que los demás, en especial sus pares, están tan preocupados de su apariencia y conducta como él mismo, y son sobre los cuales proyecta sus autoevaluaciones tanto positivas como críticas.

En cuanto a lo emocional es esperable que en este ciclo aparezca labilidad emocional, caracterizada por rápidas y amplias fluctuaciones del ánimo y la conducta, tendencia a magnificar la situación personal, falta de control de impulsos y necesidad de gratificación inmediata y de privacidad. Además, aumenta la habilidad de expresión verbal y en el ámbito vocacional, sus metas son idealistas (Gaete V., 2015). En este ámbito, las figuras adultas que se configuran como significativas para el niño o niña, tienen un rol fundamental en la enseñanza de valores y la promoción de habilidades. Mediante el desarrollo socioemocional el niño/a va adquiriendo un sentido de quién es en el mundo (sentido de sí mismo/a). El sentido personal empieza a ser percibido en la medida que el niño/a puede diferenciarse a sí mismo/a de los otros, quedando configurado sólo en la adolescencia, puesto que es en este período que el sujeto tiene la capacidad para tomar real consciencia de sí mismo (Vergara, 2011). Es importante relevar que establecer una base socioemocional firme desde la niñez es

esencial para que el niño o niña transite a una adultez estable y feliz (Moore, 1992). En esta etapa, los niños y niñas ya tienen una construcción mental simbólica de las figuras que estuvieron a cargo de su cuidado durante su primera infancia, por tanto, ya existe en torno a ella una sensación de seguridad o inseguridad respecto al mundo, la cual podemos confirmar o modificar.

Respecto al desarrollo cognitivo, comienza el surgimiento del pensamiento abstracto o formal. Durante esta etapa el niño comienza a utilizar operaciones mentales y lógica para reflexionar sobre los hechos y los objetos de su ambiente (Rafael A., 2015). La toma de decisiones empieza a involucrar habilidades más complejas, esenciales para la creatividad y el rendimiento académico de un nivel superior. Estos cambios se manifiestan frecuentemente como un “soñar despierto”, el cual es muy importante para el desarrollo de la identidad, porque le permite representar, explorar, resolver problemas y recrear importantes aspectos de su vida. Sin embargo, en esta etapa este tipo de pensamiento es lábil y oscilante, tendiendo aún a predominar el pensamiento concreto. En esta fase, debido a los notables cambios en la manera de procesar la información, el niño/a podría percibir un incremento en el desafío asociado a lo académico (Gaete V., 2015).

En el ámbito del desarrollo social, se inicia la movilización “hacia afuera” de la familia. Aumenta el deseo de independencia y disminuye su interés por las actividades familiares. El niño o niña en este ciclo empieza a poner a prueba la autoridad, evidenciando más resistencia a los límites, a la supervisión y a aceptar consejos o tolerar críticas de parte de los padres, lo cual es parte necesaria del desarrollo. No obstante, sigue dependiendo de la familia y de sus referentes como fuente de apoyo y estructura.



El grupo de pares adquiere mayor importancia y el niño o niña que comienza la adolescencia temprana se hace más dependiente de las amistades como fuente de bienestar y es más susceptible a la presión de pares (Gaete V., 2015).

Un ámbito relevante es también el desarrollo sexual de esta etapa, ya que los acelerados cambios físicos van produciendo una acentuada preocupación por el cuerpo y los cambios puberales. Esta preocupación por la imagen va aumentando a medida que avanza a la adolescencia propiamente tal, necesitando reafirmarse en su identidad, ya que se siente inseguro/a de su apariencia y se compara frecuentemente con el cuerpo de otros niños/as y de estereotipos culturales (Gaete V., 2015). Asimismo, es donde aparece pudor o inquietud a ser visto desnudo/a, y a la vez aumenta el interés en la anatomía y fisiología sexual, lo que incluye dudas y ansiedades acerca de la menstruación, poluciones nocturnas y fisiología sexual, entre otras cosas (Gaete V., 2015), todo lo cual debe ser acompañado,

a fin de que exista la preparación adecuada para enfrentar los desafíos de esta etapa.

Por último, respecto al desarrollo moral según Kohlberg, en este ciclo se espera que se avance de un nivel preconventional propio de la infancia (donde predomina la preocupación por las consecuencias externas) a uno convencional, que se caracteriza por la preocupación por satisfacer las expectativas sociales, y desea fuertemente mantener, apoyar y justificar el orden social existente (Gaete V., 2015).

En esta etapa se espera un aumento notable de la autonomía en relación a las etapas anteriores; pero dado que la personalidad de los niños y niñas sigue estando en proceso de formación, es fundamental el vínculo que establecen con sus cuidadores primarios y/o adultos significativos. Se observa que el principal apoyo que puede recibir un niño o niña en su desarrollo, es el de una relación con un adulto que le entregue afecto, seguridad y estabilidad; a raíz de esa relación logra superar sus desafíos y desarrollar su máximo potencial. En el caso de niños y niñas que hayan vivenciado experiencias adversas durante su desarrollo, a partir de las cuales exista un daño asociado, y el cual incluso pudiera haberse cronificado en el tiempo; el generar un espacio de confianza y apoyo entre el adulto y el niño o niña, es fundamental para que se logre reparar la posibilidad de vínculo de un individuo (Grant, 2011).

### El maltrato y sus efectos en el desarrollo

El maltrato infanto-adolescente es una grave forma de vulneración de derechos de los niños y niñas, quienes resultan perjudicados mediante el uso de la fuerza física, coerción psicológica, abuso de poder, abuso sexual y/o negligencia o

abandono, que ejercen los adultos desde los ámbitos familiares, institucionales y sociales.

El maltrato transgrede los derechos fundamentales de los niños y niñas, en tanto sin la presencia de éste, los niños podrían gozar de una vida protegida y un desarrollo óptimo de todas sus potencialidades. Es una problemática multicausal, que recae en la interacción de factores sociales, psicológicos, culturales y biológicos, por lo que su abordaje requiere la participación y coordinación de diferentes instancias, tales como salud, justicia, educación y desarrollo social (Ministerio de Salud, 2013).

El maltrato infantil tiene distintos niveles de abordaje, los que van de lo microsocioal a lo macrosocioal. En forma resumida, el ámbito de abordaje microsocioal corresponde a la adopción de medidas orientadas a interrumpir el maltrato en forma inmediata y garantizar la protección para ese niño o niña en particular con todo lo que ello implica. Sin embargo, esta dimensión de abordaje por sí sola no es suficiente y no permite dimensionar toda la magnitud y complejidad del fenómeno del maltrato y la violencia en la infancia, de manera comprensiva y desde su génesis.

Para ampliar esta mirada, es útil el constructo Experiencias Adversas en la Infancia (EAI), que se refiere a una constelación de eventos negativos relacionados entre sí, y a la falta de recursos individuales, familiares o ambientales para enfrentarlos en forma satisfactoria, volviéndolos potencialmente traumáticos (Vega-Arce y Nuñez-Ulloa, 2017). También se describen como experiencias perjudiciales, crónicas o recurrentes, angustiantes, con efectos acumulativos, con diferente gravedad y consecuencias para la salud. Desde esta perspectiva, el abordaje no queda sólo en el niño/a y su familia, sino que incorpora a toda la sociedad. Es decir, no es un solo evento, sino que una cadena de experiencias adversas que

comienzan a ocurrir en la vida de los niños y niñas, sumado a la falta de apoyo, lo que les impide poder regular el impacto de estas experiencias en su ciclo de vida.

Cuando las experiencias adversas comienzan a aparecer en la vida de los niños y niñas como conglomerado de riesgos, el estrés que experimentan deja de ser tolerable para el niño o niña y se vuelve dañino (Vega-Arce y Nuñez-Ulloa, 2017). Por tanto, señalar esas experiencias como factores que atentan contra el desarrollo normativo de los niños y niñas les da relevancia para el abordaje multidisciplinario y macrosocial. Como menciona Barudy (2001) el bienestar del niño nunca es un resultado únicamente individual ni familiar, sino del esfuerzo de la sociedad en su conjunto.

Gran parte de las investigaciones en la población infantil se concentran en el impacto de las EAI de los niños y niñas en edad escolar, cuando ya es posible distinguir patrones diferenciales del curso que está siguiendo el niño o niña (Vega-Arce y Nuñez-Ulloa, 2017). Sin embargo, el efecto “potencialmente traumático” de las experiencias adversas, no implica que todos los niños y niñas que han vivido experiencias adversas a lo largo de su ciclo de vida configuren un trauma como condición *sine qua non*. Desde un marco constructivista es central considerar el modo en que el sujeto construye la realidad a través de significados personales, mediante los cuales, interpreta, explica y hace propia su experiencia otorgándole un sello que evidencia su subjetividad, transformando los acontecimientos de meros eventos a vivencias personales, constituyendo los significados, la realidad psicológica de los individuos (Capella y Gutiérrez, 2014). Es relevante visualizar las características del evento, así como comprender cómo se configura desde la subjetividad y vivencia particular del sujeto, no pudiendo uniformar los efectos en todas las víctimas, ya que dependiendo de la vivencia

y significación del sujeto se configurará como traumático (Capella y Gutiérrez, 2014).

Por otra parte, Johnson (2009), plantea que no habría dos personas expuestas a un mismo evento que reaccionen de manera idéntica, pues la capacidad de la persona para hacer frente al evento traumático está asociada a un importante número de factores que actúan de manera dinámica, tales como: su sistema de creencias, experiencias previas de trauma, crónica de las experiencias estresantes, nivel de apoyo social, la percepción de su capacidad para hacer frente al evento, los recursos internos (los mecanismos de adaptación), la predisposición genética, y otros factores de estrés en su vida al momento del evento (Cruz, 2014).

Dado que el curso de vida no ocurre de manera lineal, sino que, en la interacción simultánea de varios componentes, las consecuencias del maltrato y/o experiencias adversas se manifiestan de forma diferente en cada persona y en las distintas áreas de desarrollo: físico, psicológico, social, conductual, familiar y/o académico, e impacta en la trayectoria del individuo.

El maltrato puede afectar el potencial de desarrollo de los niños y niñas. El impacto físico del maltrato es en muchos casos visible; en algunos casos estos efectos son transitorios, y en otros, producen condiciones crónicas en la salud del niño o niña, por lo que requieren de apoyo para su superación. Asimismo, tanto el maltrato físico como psicológico pueden afectar el desarrollo motor, dependiendo de la magnitud de la vulneración. Por otra parte, las consecuencias invisibles del maltrato con impacto físico pueden ocurrir debido a la omisión de acciones de protección y cuidado como estimulación deficiente, produciendo un impacto en el curso de vida de ese

niño o niña, viéndose afectado eventualmente el desarrollo de sus potencialidades.

En la misma línea, el maltrato también puede impactar a nivel psicológico a los niños y niñas, observándose un autoconcepto caracterizado por una representación negativa de sí mismo, en el ámbito individual, familiar y comunitario. Existe un predominio de emociones asociadas al temor, desconfianza y rabia, principalmente frente a figuras adultas. Esto se debe a que los niños y niñas víctimas de malos tratos, han crecido en un sistema donde no se reconocen sus necesidades; en este tipo de ambiente, los adultos privilegian sus propias necesidades y placeres, generando que el propio niño o niña tenga dificultades para reconocer lo que desea y necesita (Romero, García, Ortega y Martínez, 2009). En esta etapa, se hacen más evidentes los problemas de rendimiento académico y/o en la adaptación escolar, presentando conductas disruptivas o aislamiento social.

Las dificultades emocionales asociadas al maltrato suelen repercutir directamente en las interacciones sociales de los niños y niñas durante la adolescencia temprana. Algunos se retraen y tienen dificultades para expresar emociones y sentirse cómodos en un ambiente social. En otros, se observa una reproducción de los patrones violentos asociados a la necesidad de los niños y niñas de replicar los patrones relacionales que les ayudan a comprender el mundo. Es probable que una persona que se ha desarrollado en un contexto dotado de violencia reconozca esa única forma de vinculación (Cerezo, 2014). Estas formas de reproducción varían en la medida que avanza la fase del curso de vida, donde en un comienzo las conductas violentas se manifiestan en espacios lúdicos, como parte de la dinámica de juego, y en la medida que va avanzando el ciclo de vida, las agresiones y patrones de relación violentos podrían manifestarse en otros contextos (Muela et al., 2013).

Por otra parte, el contexto académico al que se ven enfrentados los niños y niñas durante esta etapa, hace evidente el traspaso de sus dificultades personales al rendimiento escolar. Debido a que los niños y niñas víctimas de maltrato han carecido de instancias de estímulo y reconocimiento y, por el contrario, han estado expuestos a agresiones, rechazos y críticas constantes; su estado emocional es de tensión y angustia permanente, lo que en ocasiones impide que se sientan adecuadamente preparados ante los desafíos que les impone el sistema escolar. Lo anterior, en ocasiones dificulta su posibilidad de aprovechar de manera óptima el espacio académico, bajo interés, e interferencia emocional en su rendimiento escolar. Se observa una mayor probabilidad de que presenten problemas atencionales y de concentración, participen menos en las actividades escolares y tendencia a implicarse en actividades que los pudieran exponer a situaciones de riesgo (Romero et al., 2009).

### Factores protectores y potencialidad de desarrollo

Como fue mencionado, la adolescencia temprana se caracteriza por ser una etapa de fuertes cambios a nivel físico y psicológico, en donde los niños y niñas comienzan a descubrir sus cuerpos y a construir primeras ideas sobre sus proyectos de vida, explorando y descubriendo nuevos espacios en los cuales desenvolverse. Dicho estado de permanente cambio puede ser comprendido como un factor protector y de potencialidad de los niños y niñas ante situaciones de vulneración de derechos, en tanto podría favorecer los procesos de resignificación de las experiencias de vulneración y recuperación de trayectorias del desarrollo a fin del logro del máximo de su potencial (Ansell, 2005).

El desarrollo de nuevas habilidades permite a los niños y niñas expresar cada vez más fluidamente sus necesidades y deseos,



incrementando su capacidad de reflexión sobre las consecuencias de las acciones, e instalando la pregunta en el niño o niña respecto de si desea o no tales consecuencias, gestándose el sentido de responsabilidad (Maturana & Verden-Zöller, 2003). Esto favorece que las figuras que asumen su cuidado puedan responder de forma más eficiente a sus necesidades.

Cuando existen factores que favorecen un ambiente protector, aumenta la salud y el bienestar de los niños y niñas. Por ello es importante generar un entorno en la vida de los niños y niñas libre de tensiones y con afrontamiento adecuado al estrés cotidiano y de crianza. Es importante que los adultos a cargo del cuidado de los niños y niñas puedan reaccionar de forma acogedora y coherente frente a sus dificultades, a pesar de que éstas se manifiesten con agresiones o comportamientos no deseados. Otro factor relevante es el apoyo de las redes familiares y sociales que puedan integrar a los niños y niñas a la comunidad. Es importante que los niños y niñas puedan crecer

en un ambiente promotor para la superación del maltrato y otras experiencias adversas, donde existan expresiones afectivas, interacciones coherentes y estimulación constante (Ministerio de Salud, 2013).

Un ejemplo de lo anterior, es lo señalado en el primer Informe de Auditoría Social realizado por mandato Presidencial a las residencias de administración directa del país durante el 2018, en el que se incorporó la opinión directa de los niños, niñas y adolescentes, quienes destacaron la necesidad de mejorar los espacios recreativos (canchas, patios) al interior de las residencias, así como también el equipamiento destinado a la recreación, lo cual es coherente con la energía vital propia de este grupo etario. Se valoró especialmente el contar con espacios más cómodos y gratos en las casas, lo que es fundamental para generar un sentido de pertenencia y cuidado por parte de los niños y niñas. En relación a la rutina, su opinión dio cuenta de una debilidad significativa respecto a las actividades que se realizaban y/o escasez de las mismas, expresando por un lado actividades que les gustaría incorporar, y por otro lado, manifestaron sentirse encerrados, faltos de espacios de libertad y necesidad de compartir mayores espacios recreativos con su grupo de pares, mostrando una necesidad urgente de contar con más y mejores actividades que les permitan expresarse libremente, en espacios abiertos y al aire libre, en coherencia con sus necesidades individuales y su ciclo de vida.

Los niños y niñas que se encuentran en contextos de alta adversidad, al estar expuestos a situaciones de maltrato y otras experiencias negativas, logran recuperarse de éstas y, más aún, salir fortalecidos. A esto se le denomina resiliencia, constructo teórico que se utiliza para describir la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformados por ellas (Grotberg, 1995, en

Becoña, 2006). Para que aparezca la resiliencia, se requiere que estén presentes tanto factores de riesgo como de protección, que ayuden a conseguir un resultado positivo o bien eviten o reduzcan un resultado negativo.

Sin embargo, la resiliencia no se debe entender como una capacidad inherente en los niños y niñas, tal como un rasgo de personalidad o una cualidad interna inmutable; sino más bien, se considera más apropiado hablar de patrón de resiliencia, dado que esta capacidad puede variar a lo largo del tiempo y el ciclo de vida, expresándose en conductas y patrones diferentes, por tanto, se puede desarrollar o potenciar. La resiliencia entonces, debe ser entendida como un proceso dinámico, dada la constante interacción individuo – ambiente, y determinada multidimensionalmente (Tala, Larraguibel y Muñoz, 2016).

La utilización del concepto resiliencia permite identificar los factores protectores y de riesgo que influyen en la adaptación de los niños y niñas y la superación de la adversidad (Tala et al., 2016). Dichos factores en el proceso de intervención deben ser asumidos como un eje estratégico a fin de mitigar aquellas situaciones que afectan negativamente su desarrollo y potenciar aquellas que lo favorecen.

Tala et al (2016) plantean que es posible identificar factores protectores tanto a nivel individual, familiar y comunitario. Respecto de los primeros, se destacan la aptitud intelectual, el temperamento fácil, la autonomía, la autoconfianza, el nivel de salud, la sociabilidad, las estrategias de adaptación y resolución de problemas, las habilidades comunicacionales, estrategias efectivas de regulación emocional y conductual, el optimismo, el desarrollo espiritual, sentido de propósito vital, características personales evaluadas como positivas por la sociedad y conciencia crítica.

A nivel familiar señala que la calidez, cohesión, estructura, soporte emocional, estilos de vinculación positivos, vínculo cercano y significativo con al menos un cuidador, apoyo en los estudios, nivel educacional de los padres y poseer alguna afiliación religiosa se configuran como factores protectores.

Del mismo modo, la comunidad también tiene un potencial protector en la medida que el vecindario donde vive el niño o niña se caracterice por baja o nula violencia, adecuada seguridad, presencia de servicios básicos, experiencias escolares positivas, buenas relaciones con otros, oportunidades de trabajo, acceso oportuno a servicios de salud y emergencias, y políticas de protección infantil.

En tanto la residencia se configura como el espacio de cuidado temporal de los niños y niñas, las características de la misma también afectan su bienestar. Así lo indica un estudio realizado con niñas, niños y adolescentes ingresados a residencias de protección en Chile, respecto de su nivel de satisfacción con la vida (Álvarez, Álvarez, & Delgado, 2014), el cual destaca la importancia que ellos puedan contar –y percibir– el apoyo de los tutores. Los autores hacen referencia a la investigación de Poletto & Koller (2011) en donde indican que existirían factores protectores para los niños institucionalizados, como vivir en un ambiente que promueva el desarrollo psicológico, con interacciones basadas en emociones positivas, recíprocas y en que exista reciprocidad y equilibrio en el poder. Por otra parte, aluden a la presencia de hermanos en la misma residencia y las visitas familiares, ya que permite la vinculación diaria con sus referentes fraternales y la mantención de los lazos familiares. Asimismo, las variables de espiritualidad y recreación se condicen significativamente con un aumento en la satisfacción con la vida. Lo mismo ocurre con la variable participación (expresada en variables como deporte, actividades artísticas y redes sociales), mostrando una tendencia positiva (actividades

artísticas y redes sociales) y un aumento significativo en la satisfacción con la vida, en el caso del deporte.

### III. ESTADO ACTUAL

#### Características de los niños/as que ingresan a las Residencias Familiares



Los niños y niñas que ingresan a una Residencia Familiar de Adolescencia Temprana, se caracterizan por haber tenido experiencias de maltrato grave en cualquiera de sus formas y otras experiencias adversas que se constituyen como vulneración grave de derechos, las cuales en algunos casos son de larga data y se han cronificado con el paso del tiempo, generando un impacto y/o daño que se manifiesta en distintas

áreas de su desarrollo. Pese a su corta edad, un alto porcentaje de niños y niñas han tenido una historia de institucionalización e intervención por parte del Estado, a través de diferentes modalidades de atención (ambulatoria y/o residencial), y en algunos casos, su cuidado ha estado a cargo de terceros (familiares o no familiares), impactando ello en su desarrollo y forma de comprender el mundo.

En términos generales, los niños y niñas provienen de familias con historia y traspaso transgeneracional de la violencia, con un alto grado de disfunción familiar y/o multiproblemáticas, por lo que se evidencia una falla en los mecanismos básicos de cuidado y protección y en los patrones de regulación del estrés, lo cual, junto a factores individuales y sociales repercuten en la incidencia de las múltiples vulneraciones de derecho hacia los niños y niñas.

Algunos niños y niñas provienen de un entorno de exclusión social, habiéndose producido una desconexión de las redes eventuales de apoyo social y/o familiar como consecuencia de la o las situaciones de vulneración; por otra parte, dada la trayectoria institucional y las múltiples intervenciones fallidas desde los programas por los que han transitado, existe una desconfianza hacia las instituciones generando baja adherencia y/o desesperanza aprendida que dificulta la intervención. En términos educativos, algunos niños y niñas presentan rezago escolar y estigmatización, lo que refuerza aún más, la falta de oportunidades en este ámbito.

Tal como se mencionó anteriormente, la vulneración generalmente produce un impacto y/o daño en la vida de los niños y niñas. En términos individuales, se pueden señalar algunas características sintomáticas que los afectan. Algo muy

importante de destacar, es que éstas no son cualidades inherentes a ellos/ellas, sino más bien, se trata de manifestaciones dinámicas, presentes de manera transitoria o crónica, que se producen como consecuencia del maltrato ejercido, y que tienen el carácter de recuperables, en la gran mayoría de sus casos. Entre éstas características sintomáticas se puede observar: la tendencia a rechazar el contacto afectivo, dificultad para vincularse, baja autoestima, sentimientos de desesperanza e inseguridad, o rabia y frustración, dificultades para visibilizar sus recursos personales, tendencia a instrumentalizar las relaciones con otros, miedo al rechazo y/o abandono, dificultades en el control de impulso, dificultades en la auto regulación de su conducta, ideación y/o conductas autodestructivas o de tipo suicida, entre otros. Estas características, se pueden expresar de manera más frecuente en el desarrollo de trastornos conductuales severos, problemas en el ámbito de la salud mental, auto y/o hetero agresiones, trastornos de la vinculación y/o su sistema de apego, y en algunos casos, trauma, entre otros.

### Cifras en Chile

Según datos publicados en la última Encuesta CASEN (2017), el 23,3% de la población chilena corresponde a niños, niñas y adolescentes, de entre 0 a 17 años de edad. De ellos, el 6,5% se encuentra dentro del rango de edad de entre 9 a 13 años (adolescencia temprana).

Por otra parte, según cifras entregadas por UNICEF (2012)<sup>1</sup>, el 71% de los niños y niñas recibe algún tipo de violencia de parte

de su padre y/o madre. Un 51,5% sufre algún tipo de violencia física. El 25,9% de los niños y niñas sufre violencia física grave.

Cabe señalar, que de la totalidad de los niños, niñas y adolescentes vigentes en CREAD al 31 de diciembre de 2018 (772), la población de adolescencia temprana que corresponde a niños y niñas de entre 9 y 13 años asciende a 137, lo que representa el 17,7%. De ellos, los de sexo masculino son el 68,6%, y los de sexo femenino el 31,3%, y más de la mitad se distribuyen territorialmente en la región Metropolitana (52,5%), Araucanía (12,4%), y Valparaíso (11,6%)<sup>2</sup>.

Tabla 1: Vigentes en CREAD de edades entre 9 y 13 años

Región	Nombre Proyecto	SEXO/ EDAD AÑOS			
		Total Mujer	Total Hombre	Total General	Total Porcentaje
XV ARICA Y PARINACOTA	CREAD ARICA	2	3	5	3,64%
V VALPARAÍSO	CTD PLAYA ANCHA	1	15	16	11,67%
VII MAULE	CTD ENTRE SILOS	1	7	8	5,83%
VIII BIOBÍO	CTD FEMENINO CAPULLO	7		7	5,10%
	CTD LACTANTES ARRULLO	4		4	2,91%
	CTD NUEVO AMANECER		8	8	5,83%
IX ARAUCANÍA	CTD ALBORADA	5	12	17	12,40%
XIII METROPOLITANA	CTD GALVARINO	13	34	47	34,30%
	CTD PUDAHUEL	10	15	25	18,24%
<b>Total general</b>		<b>43</b>	<b>94</b>	<b>137</b>	<b>100%</b>

Como se señaló anteriormente, los niños y niñas presentan –en su mayoría- una historia de institucionalización e intervención de larga data por parte del Estado, producto de las múltiples

<sup>1</sup> Fuente 4° Estudio de maltrato Infantil, Unicef, 2012.

<sup>2</sup> Fuente Base de Datos SENAINFO, vigentes al 31 de diciembre de 2018.

vulneraciones que han vivenciado, lo que ha hecho que en muchos casos su cuidado haya quedado a cargo de terceros. Lo anterior, se ve reflejado en que el 97,8% de los niños y niñas cuenta con ingresos previos a algún programa de la red SENAME (modalidad ambulatoria) y el 64% tiene ingresos al sistema residencial (asociado o no a proyectos ambulatorios). Sólo el 2% de los niños y niñas no han tenido ingresos previos a la red SENAME, siendo el CREAD su primer ingreso al sistema<sup>3</sup>.

Tabla 2: Ingresos previos a la red SENAME

Región	Proyecto	% NNA con atención anterior en centros residenciales	% NNA con atención anterior en ambulatorios	% NNA sin atención anterior	Total
XV ARAUCANÍA Y PARINACOTA	CREAD ARAUCANÍA	100,0	100,0	0,0	5
V VALPARAÍSO	CTD PLAYA ANCHA	87,5	93,8	6,3	16
VII MAULE	CTD ENTRE SILOS	87,5	100,0	0,0	8
VIII BIOBÍO	CTD FEMENINO CAPULLO	71,4	100,0	0,0	7
	CTD LACTANTES ARRULLO	0,0	100,0	0,0	4
	CTD NUEVO AMANECER	100,0	100,0	0,0	8
IX ARAUCANÍA	CTD ALBORADA	88,2	100,0	0,0	17
	CTD GALVARINO	38,3	95,7	4,3	47
XIII METROPOLITANA	CTD PUDAHUEL	64,0	100,0	0,0	25
Total general		70,8	98,8	1,2	137

Finalmente, señalar que, en el mes de noviembre de 2018, la Subsecretaría de Salud Pública envió al Servicio Nacional de Menores el “Informe de visitas Diagnósticas a Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD) de SENAME”, realizado por el Departamento de Salud Mental DIPRECE, el que incluye recomendaciones para el rediseño del sistema residencial. Un dato interesante respecto a la población vigente en los CREAD (con población correspondiente al ciclo de

vida de adolescencia temprana), señala que el 60 % de los niños y niñas no presentaba un trastorno mental o del comportamiento, mientras que el 40% restante, contaba con un diagnóstico clínico en esta área (SENAME, 2018).

#### IV. ÁMBITOS DE ACCIÓN DE LAS RESIDENCIAS FAMILIARES

Para un niño o niña gravemente vulnerado/a en sus derechos, la separación del medio familiar de origen e ingreso a una modalidad de cuidado alternativo solo tiene sentido en la medida que se trabaje para la pronta restitución del derecho a vivir en familia y a que la permanencia en la Residencia Familiar represente la oportunidad de participar en procesos de restitución de todos sus derechos, en un espacio emocionalmente seguro que contribuya a la superación de las experiencias de vulneración y la posibilidad de retomar su curso de desarrollo.

Para ello, la intervención residencial debe enfocarse en seis aspectos fundamentales:

1. La **restitución del derecho a vivir en familia**.
2. El modelamiento y promoción de **vínculos afectivos seguros y bien tratantes**.
3. El establecimiento de una **residencialidad emocionalmente segura** con límites claros, en donde pueda desplegar la totalidad de sus conductas y emociones, sin temor al rechazo, el abandono o el castigo.
4. La **resignificación de las experiencias de maltrato**, en cualquiera de sus formas, y otras experiencias adversas.

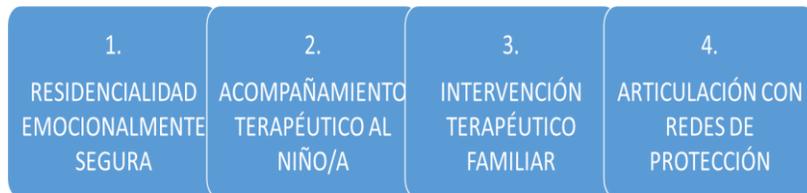
<sup>3</sup> Fuente Base de Datos SENAINFO, vigentes al 31 de diciembre de 2018.

5.El fortalecimiento de las **habilidades parentales** de la familia o adultos relacionados.

6.El fortalecimiento de la **vinculación de los niños y niñas con figuras adultas** protectoras.

7.La promoción de la **vinculación con las redes** de protección social y comunitarias.

Frente a estos desafíos el modelo de intervención en una Residencia Familiar propone actuar articuladamente en cuatro ámbitos, sin excepción e igualmente prioritarios:



### 1. Residencialidad Emocionalmente Segura

La Residencialidad Emocionalmente Segura (RES) es la base del proceso de intervención en una Residencia Familiar. No solo busca garantizar las necesidades básicas de cuidado, alimentación y abrigo, sino que fundamentalmente se construye una experiencia de cuidado cotidiano que contribuye a la recuperación del niño o niña, mediante el modelamiento de nuevas formas de relacionarse con el mundo, basadas en el buen trato.

Una Residencialidad Emocionalmente Segura requiere cumplir estándares de infraestructura y ambientación que sean acordes al ciclo de vida, donde cada espacio responda a las necesidades de los niños y niñas, contando con espacios que inviten al

encuentro grupal y a compartir mediante el juego, cualidad que cobra especial relevancia en esta etapa. Requiere además instalar rutinas acordes y promover la relación con el entorno. Pero esencialmente exige asegurar que todo el personal a cargo del acompañamiento o cuidado cotidiano, el equipo profesional y el personal administrativo, sean idóneos en sus competencias y estén preparados para relacionarse positivamente con los niños y niñas, que privilegien el buen trato, la transparencia, el respeto mutuo y la confianza.

La RES representa la construcción de la cotidianidad de la Residencia Familiar. Su objetivo es lograr un ambiente acogedor y protector para el niño, niña o adolescente que necesita de cuidados alternativos residenciales. De este modo, se busca dar respuesta al compromiso del Estado de asumir la responsabilidad de:

*“Asegurar un espacio de protección y seguridad a niños o niñas para quienes vivir en su contexto familiar o comunitario se constituye como un riesgo para su desarrollo”*

(Convención sobre los Derechos del Niño, art. 3, 6, 20 y 27)

Una Residencialidad Emocionalmente Segura es aquella donde se pueden configurar espacios cotidianos que sostienen y responden a las necesidades del desarrollo de cada niño o niña, generando **sentido de pertenencia y anclaje afectivo**. En concreto, al interior de la Residencia Familiar se debe *“generar*

*un contexto de confianza y entrega (...) para que los niños puedan ir poco a poco abandonando los mecanismos disociativos que tuvieron que activar para sobrevivir” (Horno, Echeverría, & Juanas, 2017).*

Un aspecto esencial para poder generar este espacio seguro es comprender las necesidades de los niños y niñas, y responder de forma sensible y coherente. Por un lado, es importante proporcionar cuidados básicos, generar una rutina acorde (estructura), entregar un ambiente adecuado para reducir el estrés de un niño o niña. Por otro lado, se debe apoyar en las dificultades que se presentan en las distintas áreas del desarrollo, estando conscientes que se afectan entre sí, perjudicando el desarrollo global de la persona.

La posibilidad de establecer una **vinculación estable y positiva con quienes asumen su cuidado** –o bien con quienes mantiene un contacto cotidiano (Dumaret, Donati, & Crost, 2011)– es uno de los aspectos más relevantes para el éxito de la intervención con el niño o niña. Se trata de una relación cuidador – niño/a que inspire confianza, sea influyente y se base en el respeto mutuo. En este marco, los límites que pone el adulto cuentan con la participación de los niños y niñas, tendiendo a ser respetados porque les hace sentido y existe claridad respecto de que ocurrirá si éstos se traspasan, dado que son explicitados y acordados a priori. Por ello, todo adulto en la residencia debe ser un aporte para generar y resguardar un ambiente efectivamente protector en la Residencia Familiar, apoyar los vínculos de niños y niñas con sus pares y, eventualmente, estar disponible a desarrollar un vínculo de confianza con el niño o niña, si él o ella así lo desea.

Es así como, en la **construcción de una relación de respeto y confianza** participan todos los integrantes del equipo. Todo

adulto que trabaje en la Residencia Familiar debe ejercer su rol de tal forma que aporte a generar y resguardar un ambiente efectivamente protector, donde el niño o niña pueda recuperarse de las vulneraciones sufridas en el contexto familiar, comunitario e incluso en modalidades previas de cuidado alternativo. En este sentido, los integrantes del equipo van a tener un rol activo en la forma cómo los niños y niñas van comprendiendo y significando todas sus experiencias.

La sensación de seguridad que ofrece un ambiente basado en el respeto y la transparencia, donde todos conocen lo que se espera de cada uno y se respetan mutuamente los acuerdos de convivencia, favorece que los niños y niñas se desplieguen con autonomía, acorde a sus características y sin miedo al rechazo.

En esa línea, la eficacia de la intervención que se realiza con los niños y niñas está fuertemente condicionada a la mirada que los adultos tengan hacia ellos. Esa mirada determina la relación afectiva que establece el adulto con el niño o la niña y lo que es capaz de ver y proyectar en ella o él. En el caso de los niños y niñas en situaciones de desprotección, esa mirada se vuelve aún más determinante, en tanto se trata de niños y niñas que requieren de intervenciones ajustadas a sus necesidades y de respuestas eficaces. Se trata de una mirada que contemple a estos niños y niñas primero como personas, como sujetos de derecho; y segundo, como personas que están sufriendo; en definitiva, una mirada que vea su dolor en su exacta y apabullante magnitud (Horno, 2017). Por ello, se espera que todos los adultos al interior de la residencia sean capaces de ver, acompañar y sostener ese dolor, pero al mismo tiempo, ser capaces de relevar aquellos relatos e historias libres de sufrimiento, los cuales contienen múltiples recursos de los

niños y niñas, configurándolos como seres humanos participantes activos de sus vidas.

Ahora bien, sucede que las personas (los niños y niñas en este caso) tienden a establecer vínculos más cercanos sólo con algunos, generalmente con quienes comparten cotidianamente o logran compartir gustos y afinidades. En ese contexto, la figura del tutor/a de referencia, quien estará a cargo de acompañar y liderar las actividades de cuidado cotidiano de los niños y niñas, cobra suma importancia.

Los tutores (diurnos) y monitores (nocturnos) deben ser capaces de atender y acoger al niño o niña, comprendiendo que las manifestaciones conductuales desreguladas y/o inapropiadas son expresiones del daño causado por las experiencias de vulneración de las que han sido víctimas. De ahí la relevancia que todo el equipo de intervención se asegure de conocer en profundidad la situación del niño o niña, para diseñar estrategias que faciliten la vinculación positiva con él/ella y mejoren las posibilidades de logro de los objetivos propuestos, a fin de disminuir eventuales desajustes conductuales y las situaciones de crisis.

En este sentido es clave relevar que para que la vinculación que se establezca entre los tutores/monitores y los niños y niñas sea saludable y terapéutica, será imprescindible la revisión permanente, el reconocimiento y la aceptación/resolución de la propia historia de vida de los adultos que estarán a cargo de su cuidado y protección, ya que **gran parte de la intervención se da en la relación**, a fin que contribuya a los objetivos del modelo de intervención.

En suma, algunas de las habilidades y actitudes que se ponen en juego y que deben reflejarse en las interacciones cotidianas

entre los adultos y los niños y niñas en la Residencia Familiar son:

- Disponibilidad: se refiere a la disponibilidad y accesibilidad física y psicológica que deben tener los adultos de la residencia hacia el niño o niña. Se espera que cada uno/a cuente con al menos un adulto de referencia que de manera preferente y cotidiana le escucha, acoge, conforta y da respuestas efectivas a sus requerimientos.
- Sensibilidad: implica la capacidad de sostener una mirada consciente y respetuosa ante la historia de dolor del/la niño o niña. Implica además ser capaz de ver y prever las necesidades de éste/a y de dar respuestas pertinentes, oportunas y claras.
- Mentalización: dice relación con la capacidad de interpretar la conducta de uno mismo y de otros en términos de estados mentales intencionales, tales como deseos, sentimientos y creencias; por tanto, es un proceso que permite otorgar sentido a nuestros estados mentales y los de otros.
- Respeto: reconocer al niño y niña como una persona, sujeto de derechos y digno de consideración en todo momento.
- Aceptación: implica la capacidad de mantener una actitud de aceptación genuina hacia el/la niño o niña, que le ayude a fortalecer su autoestima y su autoconcepto.
- Afecto: implica la capacidad de expresar emociones –a través de palabras y hechos cotidianos y sostenidos en

forma coherente—, considerando la situación y características individuales de cada niño o niña.

- Empatía: implica la posibilidad de pararse desde el marco de referencia del propio niño o niña, escuchar activamente aquello que le ocurre, sin enjuiciar y siendo respetuosos de su historia.
- Capacidad de establecer límites claros: implica la capacidad de sostener un diálogo positivo y de construcción de acuerdos con los/as niño o niñas, de manera no punitiva y resguardando siempre las normas que son protectoras para ellos.
- Cooperación: Se apoya la autonomía progresiva y la seguridad de los niño o niñas para desarrollar estrategias de autocuidado y autodeterminación.

La residencia representa finalmente una comunidad que se constituye en la base para que los niños y niñas desarrollen sus habilidades sociales y su plena autonomía como individuos.

La idoneidad del personal se refleja en ser capaces de usar estas habilidades en las diversas situaciones experimentadas en la Residencia Familiar, especialmente en aquellas situaciones en que el/la niño o niña presenta una situación de desajuste o desregulación emocional y/o conductual.

Las Residencias Familiares se constituyen en un **espacio de acogida incondicional**, donde se propicia el buen trato, la convivencia protectora y basada en el afecto, que promueve el desarrollo de la identidad y las habilidades sociales de los niños o niñas. Así, en la medida que cada niño o niña se siente parte de una comunidad de vida familiar —aunque sea transitoria—, que lo protege y lo respeta en su individualidad, es posible construir un proceso de intervención que avanza simultáneamente en el plano individual y en la relación con los otros.

El respeto a su individualidad se traduce en que cada niño/a es concebido como un ser único e inigualable, requiriendo disponer de un espacio propio que contemple sus objetos personales, en un lugar y espacio personalizado en el dormitorio; participar en la elaboración de las rutinas, de acuerdo a los intereses y necesidades que vaya descubriendo en esta etapa, y que sus opiniones y propuestas sean tomadas en cuenta en el plan de intervención con él/ella, con su familia y redes.

Desde el primer momento (acogida inicial) el equipo debe asegurarse de que el/la niño o niña que ingresa a la Residencia Familiar conozca con claridad lo que se espera lograr durante su estadía y cuál será el beneficio para él/ella, su familia, los adultos relacionados y sus redes; cuales son las normas de convivencia y cómo cada persona puede colaborar y participar de la vida en común, entre pares y con el personal a cargo, entre otras.

En ese sentido, la RES condiciona en buena medida las posibilidades de éxito de las intervenciones individuales y familiares. Asimismo, se configura como un factor preventivo de situaciones de desajuste emocional y/o conductual, en tanto

se establezca como un espacio estructurado, con reglas claras y conocidas por el/la niño o niña y donde la dinámica cotidiana sea coherente con los objetivos que se busca lograr, resultando clave la capacidad de anticipación del equipo ante eventuales situaciones.

## 2. Acompañamiento Terapéutico al Niño o Niña

El acompañamiento terapéutico con el niño o niña es un proceso articulado por la dupla psicosocial, la que cuenta con especialización en intervención con niños/as y familia, resignificación del maltrato y/o en materia de vulneración de derechos, a fin de abordar de manera adecuada la complejidad del problema y las características del sujeto de atención pero desarrollado en colaboración con el equipo de tutores/monitores, encargados/as de vida familiar, terapeutas ocupacionales, técnicos en enfermería nivel superior, y psiquiatra (cuando sea evaluado y derivado por psicólogo/a y/o médico general), quienes mediante el desarrollo de intervenciones especializadas, planificadas y plasmadas en el plan de intervención, buscan que el/la niño o niña elabore –o al menos comience a elaborar- las experiencias de vulneración sufridas, que restablezca la confianza en sí mismo y que logre configurar nuevas formas de situarse en el mundo.<sup>4</sup>

El acompañamiento terapéutico al niño o niña se enriquece con el desarrollo de un proceso psicoterapéutico –con énfasis en su experiencia presente y sus deseos y proyectos sobre el futuro para desde allí abordar su historia de vida- y en un trabajo

terapéutico psicosocial que aborda las dinámicas de vinculación con pares, con su familia y otros adultos referentes.

Las intervenciones terapéuticas no refieren exclusivamente a acciones desarrolladas al interior de una sala de atención, entendiendo que estas sí son necesarias, pero no suficientes para el desarrollo del trabajo desde este modelo; en tanto las intervenciones asertivas realizadas en los espacios de la vida cotidiana del niño o niña cobran un sentido y significado particular para él/ella, estando ligadas a una situación concreta que le hace sentido en un momento específico. Sumado a esto, la vinculación cotidiana de los niños y niñas con los adultos de la residencia en las actividades de la vida diaria, contribuyen a fortalecer la vinculación positiva y relaciones de confianza. Es así, que se debe propiciar el desarrollo de intervenciones en los espacios de uso cotidiano de los niños y niñas, como lo son la sala de estar, en el patio, el comedor a la hora de la comida o en la plaza del sector donde está ubicada la residencia.

Implica desarrollar un trabajo articulado, destinado a potenciar la vinculación familiar y social (grupos de pares, interacción con el medio), junto con restaurar la autoimagen del/la niño o niña. Un rol importante y complementario en este trabajo terapéutico también cumple el terapeuta ocupacional, el cual busca potenciar las habilidades de la vida diaria, el desarrollo de la **autonomía progresiva** y relevar las capacidades y fortalezas de los niños y niñas para enfrentar su vida actual y futura.

El trabajo en el ámbito del acompañamiento terapéutico se nutre y se beneficia de la residencialidad emocionalmente

---

<sup>4</sup> Artículo 39 de la Convención de los derechos del Niño se especifica que “los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la superación física y psicológica y la reintegración social de todo niño” víctima de vulneración.

segura. En la medida que en la Residencia Familiar el niño o niña se sienta bien y cuente con pares y/o tutores/monitores que le acojan con afecto y le acompañen de forma permanente, será posible sostener una intervención terapéutica efectiva para la **superación de experiencias de vulneración** y desarrollarse al máximo de su potencial, abordando además aquellas zonas libres de conflicto y ámbitos donde los niños/as son competentes y se mueven libremente.



Las intervenciones individuales y grupales que desarrolle el equipo de la residencia –en las que se abordan las experiencias de vulneración y posterior separación familiar, las percepciones y expectativas respecto de la actual medida de protección, y las alternativas de cuidado futuro que se visualizan – deben ofrecer al niño o niña un espacio seguro y de contención que favorezca la construcción de sentido en torno a su permanencia en la RF, alentando narrativas

esperanzadoras y relatos alternativos a las historias de vulneración.

Se debe resguardar en todo momento que el abordaje de las experiencias de vulneración no se convierta en un factor que altere negativamente su proceso al interior de la residencia, su desarrollo y la construcción de vínculos saludables. Para ello, la dupla psicosocial y el terapeuta ocupacional acompañarán a los tutores/monitores en el desarrollo y ejecución de las rutinas cotidianas, con el propósito de fortalecer aquellas estrategias de cuidado basadas en el buen trato y que contribuyen a que el niño o niña aprenda nuevas formas de relacionarse y de percibirse a sí mismo/a.

Un desafío para el/la psicólogo/a, trabajador/a social, tutores/monitores, encargado/a de vida familiar, terapeuta ocupacional y los demás actores de la residencia es lograr que el niño o niña desarrolle o recupere paulatinamente la capacidad de verbalizar lo que le ocurre (poner en palabras sentimientos, pensamientos y acciones) aquello que “*no ha sido dicho*”, comenzando con ayudar al niño o niña a identificar sus emociones y brindarle claridad respecto de su situación actual en el momento presente. Esto está a la base de la ejecución de conductas de autocuidado y de relación con otros desde el afecto, el respeto y cuidado mutuo.

### 3. Intervención Terapéutica Familiar

El tercer ámbito de acción tiene el objetivo de promover dinámicas familiares bien tratantes que aseguren el cuidado y protección del niño o niña, junto con fortalecer en los adultos que ejercían el cuidado previo al ingreso al sistema residencial las competencias requeridas para recuperar el cuidado personal, o bien, en los casos que lo anterior no sea

posible de manera ineludible, mantener el vínculo familiar y fortalecer las competencias de cuidado y protección de algún otro adulto referente para el egreso de la residencia.

De este modo, se resguarda y promueve el derecho de los/las niño o niñas a:

*“mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular, salvo si ello es contrario a su interés superior”*

*(Convención sobre los Derechos del Niño, art. 9).*

La intervención psicosocial familiar, liderada por la dupla especializada en intervención con niños/as y familias, resignificación del maltrato y/o en materias de vulneración de derechos, tiene por objeto lograr la re-vinculación/reunificación familiar mediante el fortalecimiento de las competencias parentales de la familia y/o adulto con quien se trabajará el egreso, en especial (aunque no exclusivo) lo relacionado con las variables de cuidado y protección que se vieron debilitadas o fallaron al momento de producirse la medida de ingreso al sistema residencial. Implica intervenir directamente con la familia de origen o con el adulto relacionado que podría ejercer su cuidado al egreso de la intervención residencial.

El proceso de intervención familiar se realiza al interior de la residencia y también en el hogar familiar. El tiempo destinado

para trabajo social y psicológico se define caso a caso de acuerdo al *timing* o ritmo propio de la familia.

Desde el enfoque de derechos, es prioritario realizar todas las acciones necesarias para lograr la re-vinculación o **reunificación familiar**, considerando la realidad particular de cada niño o niña con sus referentes familiares o adultos relacionados. Implica desplegar estrategias para fortalecer las habilidades parentales, reconstruir la historia familiar, identificar factores que ponen en riesgo la protección y bienestar del niño o niña, conocer los factores protectores efectivos, y reforzar aquellas áreas donde la familia se sienta realmente competente, de manera de generar los mecanismos para abordarlos, superarlos, restaurar ámbitos de su vida dañados, o al menos para mitigar su efecto.

Una vez que se identifican adultos que podrían asumir el cuidado del niño o niña, el equipo psicosocial debe realizar acciones de intervención en dos niveles. Por una parte, el trabajo se centra en evaluar y conocer las capacidades y expectativas reales de los adultos (familia nuclear, extensa u otro adulto relacionado) que favorezcan la vinculación en condiciones estables de protección, en caso que el niño o niña egrese junto a ellos. Por otra parte, se centrarán en el establecimiento de una dinámica familiar basada en el respeto y el cuidado mutuo y en el desarrollo o fortalecimiento de las condiciones para asumir el cuidado del niño o niña.

Establecer una **dinámica familiar basada en el respeto y el cuidado mutuo** es un aspecto que se aborda en todos los casos. Para ello, en la RF se debe favorecer que se desarrollen encuentros con la mayor frecuencia posible, que la familia o adultos relacionados participen en espacios cotidianos del niño o niña y –en tanto sea beneficioso para él/ella– que el niño o niña participe en instancias de la familia, como celebraciones o festividades.

Las visitas de la familia y/o adultos relacionados deben desarrollarse en un espacio que favorezca una comunicación bien tratante y que promueva los avances esperados. Estos encuentros se realizarán en la Residencia Familiar o en otros lugares (por ejemplo, salidas al cine, actividades en el domicilio de la familia), sólo si están garantizadas las condiciones de protección del niño o niña. Las salidas son parte del proceso de intervención, por lo tanto, deben ser planificadas, acompañadas y evaluadas por el equipo de la residencia, además de informadas al Tribunal de Familia respectivo mediante oficio, en todas las ocasiones.

Como se dijo anteriormente, el acompañamiento familiar no se limita al tiempo en que el/la niño o niña permanezca en la RF, ya que se ha observado que uno de los momentos que requieren de mayor apoyo en el proceso de (re)unificación familiar, es justamente cuando el niño o niña vuelve a su domicilio de origen o se integra a un grupo familiar nuevo. Con el fin de asegurar la protección del niño o niña, el trabajo con él/ella y la familia se puede extender por un periodo no superior a un año.

El proceso de acompañamiento terapéutico familiar, también se orienta al desarrollo y/o fortalecimiento de la autonomía progresiva de los niños/as, lo que implica dar apoyo suficiente para que las familias o adultos a cargo puedan ser capaces de distinguir, en base al desarrollo de los niños y niñas, qué cosas pueden hacer por sí mismo y qué cosas pueden hacer con ayuda, a fin de potenciar sus habilidades en las distintas áreas.

#### 4. Articulación con Redes de Protección

El cuarto ámbito de acción de la RF consta a su vez de dos aspectos de suma importancia para el trabajo de la misma, uno

relacionado a la **intervención terapéutica con el niño o niña y su familia** y otro vinculado a la **política de sostenibilidad de la residencia en el territorio donde se ubica**.

En primer lugar, la articulación territorial desde la intervención terapéutica con el niño o niña y su familia, implica liderar la coordinación con las redes de protección social y comunitaria para asegurar que el niño o niña tenga acceso a las prestaciones del sistema de protección social del territorio en el que reside (educación, salud, servicios municipales), y para que se vincule con su entorno comunitario de referencia (favoreciendo su integración social y disminuyendo el efecto de estigmatización o segregación al que pueden verse sometidos).

Con ello se busca cumplir con lo señalado por la CDN, a saber:

*“Acciones concretas requeridas por los y las niños o niñas en función de sus características y necesidades y así resguardar que el/la niño o niña y su familia o adulto relacionado, accedan a prestaciones de protección y seguridad social que le permitan una vida digna y protegida”*

*(Convención Sobre los Derechos del Niño, art. 26)*

De igual manera, se pretende incorporar lo recomendado por Naciones Unidas respecto a las directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de niños y niñas, respecto a que:

*“Los Estados, las agencias y los centros de acogida, las escuelas y otros servicios comunitarios deberían adoptar medidas apropiadas para que los niños en acogimiento alternativo no sean estigmatizados durante el período de acogida o después”*

*(Directrices sobre las Modalidades Alternativas de Cuidado de los Niños, directriz 94)*

La Residencia Familiar debe promover que cada niño o niña pueda ejercer el derecho a la educación, definido en la CDN (art. 28) y garantizado en el artículo 19 de la Constitución Política de la República. La Residencia Familiar privilegiará la inclusión a espacios escolares, o de manera excepcional promoverá la preparación y rendición de exámenes libres para la nivelación de estudios, en aquellos casos donde se imposibilite su inclusión inmediata.

Asimismo, la RF debe vincular a los niños, niñas y sus familias al servicio de salud correspondiente al territorio, para que accedan a controles y prestaciones que requieran, a fin de que estos puedan alcanzar el más alto nivel posible de salud, y a servicios para el tratamiento o rehabilitación de enfermedades o patologías, según es definido por la CDN (art. 24).

De esta manera, y en acuerdo al diagnóstico de cada caso y los objetivos, resultados esperados y estrategias de los respectivos planes de intervención, la residencia activará las redes locales intersectoriales y de protección especial para concretar las prestaciones y beneficios necesarios para los niños, niñas y sus familias o adultos relacionados participantes en el proceso de

restitución de derechos. Dichas articulaciones exigen que el equipo de intervención mantenga una comunicación permanente y fluida con cada sector.

El ingreso de los/as niños/as a la RF implica la separación de su grupo familiar y en muchos casos el alejamiento de su comunidad de referencia. En ese sentido, el logro de los objetivos de la intervención en relación a este ámbito específico, exige gestionar y articular todas las instancias locales requeridas para la continuidad del vínculo del niño o niña con su familia y su espacio comunitario de referencia. El objetivo debe ser mantener los vínculos del niño o niña con su círculo cercano y su comunidad y promover su socialización con personas del exterior de la institución, siempre y cuando ello no sea contrario a su interés superior o se configure algún factor de riesgo para la superación y restitución del derecho a vivir en familia.

Consecuentemente, el trabajo de relacionamiento comunitario como parte de la intervención con el niño o niña, busca incentivar la inclusión de éstos a una red local protectora. Ello implica el establecimiento de alianzas estratégicas con actores locales (juntas de vecinos, centros culturales y organizaciones territoriales en general) y coadyuvantes (ONG, universidades, empresas, redes de voluntarios, etc.), que permitan tener una red de apoyo que ayude a la sostenibilidad a la intervención.

Una red de este tipo puede eventualmente facilitar la integración del niño o niña a espacios de adquisición de habilidades y promotores de su integración e interacción social, especialmente con pares (como talleres, clubes deportivos, etc.), levantar alertas sobre eventuales situaciones de riesgo, e

incluso monitorear avances en los procesos de intervención<sup>5</sup>. En ese aspecto, se requiere considerar la etapa de ciclo vital en la que se encontrarán los niños y niñas durante su estadía en la residencia lo que implica (en el caso particular de la adolescencia temprana), un trabajo que fomente el desarrollo de habilidades motoras finas y gruesas, elementos que seguramente se verán fortalecidos con la práctica de actividades deportivas, culturales y recreativas.

En segundo lugar, la articulación territorial asociada a la política de sostenibilidad de la residencia, implica un trabajo dirigido a desarrollar un vínculo entre la residencia y la comunidad donde se inserta, que permita favorecer una percepción positiva del vecindario ante la llegada de la residencia y, de este modo, asegurar la continuidad de esta última. En esa línea, la Residencia Familiar debe desarrollar un manejo estratégico de las relaciones con sus interlocutores comunitarios, permitiéndole acoplarse a un contexto que posee dinámicas previas a su llegada.

Como sostiene Martínez Ravanal, desde un enfoque comunitario:

*“el incorporar a la comunidad como un actor en las intervenciones que desarrolla una institución, permite que esas intervenciones logren mayor sustentabilidad y legitimidad social, así como también una instalación más articulada, armoniosa y equilibrada en los lugares en las que se insertan”*

*(Martínez Ravanal, 2006)*

---

<sup>5</sup> La vinculación con actores externos a la Residencia Familiar debe estar planificada y coordinada con el equipo técnico, a fin de que contribuya de manera efectiva y armoniosa a la intervención individual y familiar.

Ello implica desarrollar canales de comunicación fluidos con la comunidad, los vecinos e instituciones locales (educativas, municipales, salud, seguridad, entre otras), que idealmente pueda cimentarse en un trabajo permanente de generación de confianzas para una convivencia armoniosa.

Debido a su naturaleza, este trabajo debe estar apoyado fuertemente por el equipo de soporte regional, incluso de manera previa a la instalación de la residencia, en tanto requiere un trabajo de acercamiento hacia los actores barriales y comunales que permitan la construcción de un clima favorable a la instalación de una residencia de cuidados alternativos en la zona.

Asimismo, este aspecto considera el respeto a las dinámicas locales o la pertinencia cultural del territorio en el que se inserta la Residencia Familiar. El mantenimiento de los lazos con la comunidad resulta relevante a efectos de preservar el derecho a la identidad del niño o niña, y en particular a su identidad cultural, especialmente en casos en que estos/as proceden de una minoría.

## V. MODELO DE INTERVENCIÓN RESIDENCIAS FAMILIARES DE ADOLESCENCIA TEMPRANA DE ADMINISTRACIÓN DIRECTA

### Objetivo General

Contribuir a la restitución del derecho a vivir en familia y a la resignificación de las experiencias de vulneración de niños y niñas en adolescencia temprana ingresados a cuidados alternativos residenciales por orden de un tribunal con competencia en materia de familia.

### Objetivos específicos

1. Asegurar un espacio de protección y cuidado emocionalmente seguro acorde a las características y necesidades del niño o niña.
2. Desarrollar un proceso de intervención que contribuya a la resignificación de las experiencias de vulneración de derechos vivenciadas por el niño o niña.
3. Favorecer la (re) vinculación familiar del niño o niña con una familia.
4. Asegurar la vinculación territorial del niño o niña y su familia.

---

<sup>6</sup> En el periodo de evaluación integral de ingreso, el equipo de la Residencia Familiar analizará cada caso y tomará la decisión que mejor resguarde la indemnidad física, cognitiva, emocional y sexual del niño/a menor de 9 años.

### Sujeto de atención

Serán sujetos de atención de la residencia de administración directa para la adolescencia temprana, niños y niñas de entre 9 y 13 años, 11 meses y 29 días, que han sido víctimas de graves vulneraciones de derechos, que no cuentan con un adulto (familiar o no familiar) que pueda asumir su cuidado al momento del ingreso a la residencia y, por tanto, han debido ser separados temporalmente de su familia de origen, por una orden judicial. De acuerdo a las características del sujeto de atención, los niños y niñas que ingresan a esta modalidad de cuidado alternativo, cuentan en su mayoría con ingresos previos a la red SENAME, no obstante, esto no se constituye necesariamente en un requisito de ingreso.

Como excepción, los niños o niñas menores de 9 años podrán ingresar a la Residencia Familiar cuando se evalúe como la mejor alternativa en función de su interés superior, cuando se requiera para facilitar la intervención con las familias y redes, para evitar el desarraigo o para evitar la separación de hermanos de edades cercanas con quienes exista vínculo afectivo, entre otras.<sup>6</sup>

No podrán ingresar a la Residencia Familiar niños o niñas con una edad inferior a 6 años, quienes podrían ser acogidos en otra modalidad de cuidado alternativo, que responda de mejor manera a las características y necesidades de su etapa de desarrollo vital.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> En aquellos casos en que se derive a un niño o niña menor de 6 años, la situación debe ser analizada conjuntamente entre la residencia y la Dirección regional de Sename correspondiente, quién -en función de lo elaborado por las instancias previas- definirá si es pertinente o no el ingreso, indicando las acciones a ser desarrolladas.

Además, son sujetos de atención las familias o adultos de referencia de los niños y niñas, con quienes la residencia desarrollará procesos de intervención, a fin de lograr la pronta restitución del derecho del niño o niña a vivir en familia.

Cabe señalar, que la atención en las Residencias Familiares no establece como criterio de ingreso para los sujetos de atención su condición étnica o pertenencia cultural, su género, nacionalidad o religión. Los niños, niñas con necesidades especiales, por su parte, y que presenten cualquier discapacidad física, mórbida, sensorial, intelectual o mental, evaluada en rangos discreta o moderada, deben ser incluidos en esta modalidad de protección con los ajustes razonables que se requieran para ello. Quienes se encuentren en una situación de discapacidad de mayor complejidad, en tanto, deben ser ingresados a modelos residenciales específicos a fin de responder acabadamente a sus necesidades.

Finalmente, de manera excepcional, y luego de ser aprobado por la respectiva Dirección Regional del Servicio Nacional de Menores, podrán ser sujetos de atención los niños o niñas cuya edad sea menor o mayor al rango establecido y que presenten un vínculo de consanguinidad (hermanos) con un niño o niña atendido en la modalidad de adolescencia temprana. Lo anterior, luego de un análisis técnico realizado en conjunto con el/la coordinador/a UPRODE de la Dirección Regional, que

---

<sup>8</sup> Las medidas de protección contempladas en la Ley N° 19.968 están establecidas en el artículo 71, entre la letra a) a la i), las que son propias del Procedimiento Especial, para la Aplicación Judicial de Medidas de Protección de los Derechos de los NNA. Sin embargo, este mismo cuerpo legal contempla el otro Procedimiento Especial, el relativo a los Actos de Violencia Intrafamiliar, contemplando en el artículo 92 del mismo cuerpo legal, las Medidas Cautelares en Protección de la Víctima. No debe olvidarse, que de acuerdo al artículo 8 numerales 7, 11 y 16 de la Ley n° 19.968, los Juzgados

garantice el resguardo al interés superior de los niños o niñas antes señalados.

### Vía de Ingreso

Se establece como vía de ingreso a la Residencia Familiar de adolescencia temprana, la resolución de los tribunales con competencia en materia de familia, en el marco de un proceso judicial proteccional, a través de una **orden de ingreso** del niño o niña como medida de Protección<sup>8</sup>. Cabe señalar, que la medida de protección de ingreso a una residencia es considerada por ley como de **última ratio**, entendiéndose como el último recurso a utilizar, dada la gravedad de las vulneraciones y el daño asociado en el niño o niña.

De manera excepcional, en aquellos casos en que se realice el ingreso de un niño o niña por medio de una orden verbal por parte de un Juez con competencia en Familia, la residencia deberá regularizar la situación en un plazo máximo de 24 horas hábiles.

## VI. PROCESO DE INTERVENCIÓN

El proceso de intervención describe el conjunto de acciones que se desarrollan desde el ingreso del niño o niña a la Residencia Familiar, pasando por toda su estadía al interior de residencia, el acompañamiento en el domicilio una vez que se produce la

de Familia son competentes para conocer y resolver estas materias para lo cual, dispone de la *Potestad Cautelar*, que le otorga el artículo 22 de la citada ley. El Ministerio Público, también puede hacer derivaciones a la red SENAME cuando se trata de casos de Violencia Intrafamiliar contemplados en la Ley N° 20.066 y como medidas de protección autónomas que pueden adoptar los fiscales que investigan delitos sexuales.

reunificación familiar, hasta el egreso del niño o niña decretado por el tribunal, a fin de contribuir a su bienestar y superación de las experiencias de vulneración, junto con restituir su derecho a vivir en familia. La intervención se desarrolla en un ambiente residencial emocionalmente seguro, donde **todas las acciones que se realicen** deben apuntar a brindarle al niño o niña que ingrese **seguridad, predictibilidad, estabilidad, y un contexto de cuidado amoroso**, a través del diseño y ejecución de una rutina clara y promotora de su desarrollo y la generación de un clima de buen trato por parte de todos los que integran la residencia, más allá del rol que les toca desempeñar. Estos



elementos se constituyen en el piso básico sobre el cual se fundan todas las demás intervenciones.

El proceso de intervención busca asegurar el logro de los objetivos generales y específicos planteados para cada niño o niña atendido/a en una Residencia Familiar, por lo que en este documento se establecen las etapas, los criterios y los aspectos

mínimos que debe abordar la intervención, debiendo siempre adecuarse a las necesidades particulares de cada niño y niña.

En el diseño, ejecución y evaluación de la intervención participan de manera conjunta los diversos integrantes del equipo de la Residencia Familiar, cumpliendo roles que buscan la complementariedad de las distintas disciplinas, el debate de ideas y el compartir experiencias y estrategias, conscientes de que pudiesen existir distintas perspectivas frente a una misma situación, lo que enriquece las posibilidades de intervención. Dado que se requiere pensar en una residencialidad emocionalmente segura, es clave para el éxito del proceso de intervención concebir al **Equipo como un todo**, conformado tanto por personal del estamento profesional, técnico y auxiliar, donde cada uno tiene un valor particular que es complementado por los otros integrantes, debiendo realizar un trabajo coordinado y colaborativo siempre a favor de los niños y niñas.

Es así como se destaca y valora el aporte particular y específico de cada miembro del equipo de intervención de la RF, el cual es complementado con las acciones de los demás integrantes:

Tabla 3: Valor específico de los roles de los integrantes del equipo

Director/a	Es el/la principal responsable de liderar y dirigir el funcionamiento global de la residencia y monitorear el proceso de intervención de todos los niños y niñas, velando en todo momento por mantener una residencialidad emocionalmente segura.
Encargado/a de Vida Familiar	Está encargado/a de coordinar el acontecer de la vida cotidiana de los niños/as en la residencia familiar, articulando el buen funcionamiento de la residencia y del sistema de turno, basado siempre en una residencialidad emocionalmente segura. Lidera el funcionamiento global de la residencia en horario inhábil o festivos.
Psicólogo/a	Co-lidera el proceso y planes de intervención -desde el ámbito psicológico- de los niños/as y sus familias, articulando, por un lado, las acciones tendientes al logro de los objetivos asociados a elaborar las experiencias de vulneración, y por otro, a la búsqueda de referentes familiares para el niño o niña y el fortalecimiento de sus competencias parentales en un proceso tendiente a la (re)vinculación y/o reunificación familiar. Todo ello, en conjunto con los demás miembros del equipo de la residencia familiar, a través de

	intervenciones realizadas tanto en espacios protegidos como en la vida cotidiana de los niños y niñas y sus familias.
Trabajador/a Social	Co-lidera el proceso y planes de intervención -desde el ámbito del trabajo social- de los niños/as y sus familias, articulando, por un lado, las acciones tendientes al logro de los objetivos asociados a elaborar las experiencias de vulneración, y por otro, a la búsqueda de referentes familiares para el niño o niña y el fortalecimiento de sus competencias parentales en un proceso tendiente a la (re)vinculación y/o reunificación familiar. Todo ello, en conjunto con los demás miembros del equipo de la residencia familiar, a través de intervenciones realizadas tanto en espacios protegidos como en la vida cotidiana de los niños y niñas y sus familias, junto con articular la gestión intersectorial.
Terapeuta Ocupacional	Es responsable de liderar el diseño de la rutina, apoyar el proceso de implementación de la misma y realizar ajustes en función de las necesidades y características específicas de los niños/as, junto con promover el fortalecimiento de recursos personales y potencialidades favoreciendo la autonomía progresiva, en

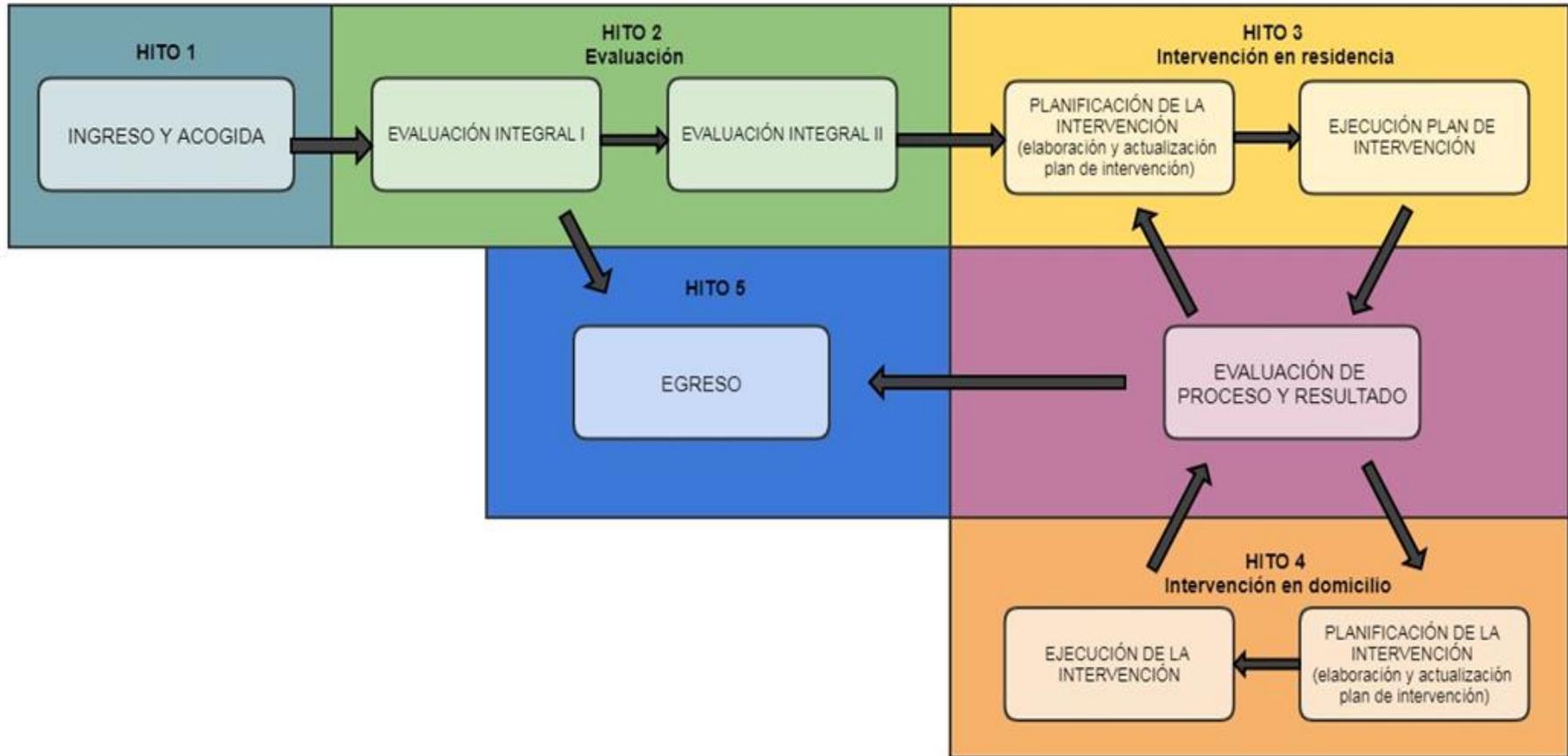
	conjunto con todos los miembros del equipo.
Tutor/a Monitor/a	Son responsables de ejercer el cuidado y acompañamiento cotidiano de los niños y niñas, guiándolos en la ejecución de la rutina diaria, a través de interacciones cotidianas positivas que se basan en el buen trato. Tienen un rol fundamental en cuanto a la vinculación con los niños/as y modelamiento de nuevas formas de relación positiva y significativa que propicie en todo momento una residencia emocionalmente segura.
Técnico en Enfermería	Será responsable de las acciones asociadas a la promoción, prevención, tratamiento y seguimiento de todos los aspectos relacionados a la salud de los niños y niñas, modelando nuevas formas de cuidado en salud basados en la residencialidad emocionalmente segura, con un trato respetuoso y no invasivo, considerando en todo momento a los niños como participantes activos del proceso.
Manipulador/a de Alimentos	Es responsable de organizar la estructura alimentaria al interior de la residencia, en

	base a una minuta elaborada por nutricionista del Servicio, solicitando los insumos necesarios para la preparación y limpieza de los alimentos e instrumentos utilizados, en base a los estándares de higiene y salud. Será clave en realizar la entrega de un servicio cálido y acogedor, brindando una experiencia de cuidado a través del alimento sustentado en la residencialidad emocionalmente segura.
Conductor	Es responsable del traslado de los niños y niñas en los trayectos a las distintas instancias del intersector, familia y comunidad, en compañía de un adulto de la RF, promoviendo un ambiente grato y seguro.

### Hitos

El proceso de intervención que se realiza en una Residencia Familiar se articula en torno a 5 hitos, los que se ilustran en el siguiente diagrama (Tabla 6):

Tabla 6: Hitos de la intervención



## HITO 1: INGRESO Y ACOGIDA A LA RESIDENCIA FAMILIAR

El ingreso de los niños y niñas a la Residencia Familiar ocurre por resolución judicial emanada desde un Tribunal con competencia en materia de Familia. Éste se inicia al momento en que se toma conocimiento de la orden del juez –verbal o escrita– y sumado a la acogida, tiene una duración de hasta 1 mes.

El desafío de este hito es lograr que, pese a que el ingreso es una medida obligada por parte del tribunal y no voluntaria, el niño o niña (y su familia o adulto referente) **se sientan acogidos desde el inicio** en un espacio percibido como positivo, disminuyendo así el impacto de la separación familiar o del traslado a un nuevo contexto (en el caso que haya sido derivado de otra modalidad de cuidado de tipo residencial). Por tanto, las acciones que se realicen en esta etapa, si bien no son determinantes, cobran especial relevancia en la percepción del niño o niña respecto de la intervención que se realice posteriormente.

Dado que el ingreso a la Residencia Familiar es únicamente por vía judicial, el equipo de intervención psicosocial debe asegurarse de conocer, en todos sus aspectos, el alcance de la medida de protección y la resolución judicial (propósito del tribunal al decretar la medida, exigencia realizada desde el tribunal a la residencia y a otras instancias relacionadas con el caso, existencia de medidas cautelares de prohibición de acercamiento de la figura del agresor, etc.).

En el caso que el ingreso del niño o niña sea solicitado de manera verbal por un juez, el Director/a de la residencia o quien lo subrogue en su rol es responsable de regularizar esta situación, solicitando la orden de ingreso correspondiente en el Tribunal con competencia en materia de Familia que lo solicitó verbalmente, en un plazo máximo de 24 horas hábiles.

Respecto a los niños y niñas que ingresan a la residencia en horario inhábil, la Residencia Familiar deberá diseñar un flujo de recepción y acogida, especificando el rol que cumplirá cada integrante del equipo en este proceso, de acuerdo a lo establecido en el protocolo de ingreso y acogida, teniendo siempre presente que, independiente de la hora de llegada, el objetivo de este momento es que el niño o niña se sientan acogidos y perciban desde el inicio un ambiente emocionalmente seguro. Una vez que ingresa y se le brinda una cálida bienvenida, es posible dejar acciones para realizar el día siguiente.

Se debe resguardar en todo momento que el ingreso del niño o niña a la Residencia Familiar sea en un espacio tranquilo, acogedor y cálido, propiciando una integración positiva tanto con sus pares, adultos a cargo y al espacio de la residencia, mostrándoles que se le ofrece un espacio emocionalmente seguro.

Las acciones específicas a realizar en este hito se organizan en cuatro momentos:

### 1. Preparación del ingreso.

Este momento corresponde a la etapa previa al ingreso mismo del niño o niña a la Residencia Familiar y a la preparación del equipo para recibirlo/a, a fin de que el ingreso favorezca su bienestar. Comienza una vez que se toma conocimiento de la disposición del tribunal respecto del ingreso de un niño o niña, momento en que el Director/a de la Residencia Familiar, a través del abogado/a del equipo de soporte regional y los profesionales de la dupla psicosocial deberá coordinar las acciones para recabar y analizar toda la información que se encuentre disponible respecto del niño o niña y la situación que dio origen a la medida de protección. Ello se debe realizar mediante la solicitud de informes a los programas de la red en

que ha estado el niño o niña, al sistema educativo donde asiste, y a las instancias de salud en las que participa – siempre que esto sea posible –, así como también iniciar la carpeta que registrará el proceso del niño o niña. Por otra parte, si bien es cierto que el ingreso a residencias es una medida de última ratio, y por ende, de emergencia en la mayoría de los casos; ocurre en ocasiones que los casos que provienen de otras residencias o de instancias de hospitalización en el sistema de salud (por ejemplo, unidades de corta estadía), se dispone de mayor tiempo para coordinar el ingreso y programar la fecha en que éste se producirá, dando más tiempo al equipo para su preparación. En estos casos, se debe realizar acciones de acercamiento progresivo del niño o niña a la Residencia Familiar, a fin de que conozca y se comience a familiarizar con el lugar físico y con los integrantes del equipo, disminuyendo de esta forma su incertidumbre respecto del lugar donde será trasladado.

El/la directora/a de la residencia deberá informar a los integrantes del equipo y a los niños y niñas que se encuentran presentes en la residencia respecto del ingreso del niño o niña. Además, el/la Encargado/a de Vida Familiar debe coordinar las acciones destinadas a preparar el espacio físico donde pernoctará el niño o niña, esto es, decidir cuál será el dormitorio más adecuado para él o ella, disponer de una cama, ropa de cama, mobiliario, vestuario y pertenencias necesarias para su adecuado cuidado y desarrollo, de acuerdo a las características y necesidades que se conocen del él o ella previo al ingreso. No obstante, se debe tener presente que todos estos elementos son posibles de ir ajustando durante la estadía del niño o niña en la Residencia Familiar, a fin de que se sienta cómodo/a con el lugar, su espacio, pertenencias.

## 2. Ingreso e hito de bienvenida a la Residencia Familiar

Una vez que se produce el ingreso del niño o niña, se debe propiciar que el saludo inicial y todas las intervenciones posteriores sean cálidas, acogedoras y contenedoras, resguardando que el tono de voz y emocional sea coherente a la situación del niño o niña, tomando en cuenta eventuales temores y fantasías con las que llega.

Se debe considerar que, en la mayoría de las ocasiones, será la primera vez que el niño o niña tenga la experiencia de conocer el lugar físico de la que será su nueva dependencia, aunque transitoria, por lo que es muy importante la disposición de todos los integrantes del equipo y mantener un ambiente de acogida y contención. Por otra parte, se debe generar un **rito de bienvenida** al niño o niña, en el que participe el/la Director/a, el/la Encargado/a de Vida Familiar, y la Dupla Psicosocial y los Tutores, en el que se le acoja y señale que la Residencia Familiar es un lugar que busca brindarle nuevas formas de ser cuidado y de relacionarse con sus pares y adultos basadas en el respeto mutuo.

Con el fin de facilitar la llegada del niño o niña y disminuir la ansiedad y temor a la exposición al enfrentarse a personas (pares y adultos) nuevas, se espera que en algún momento del día de llegada (a definir por el equipo de la residencia), se realice una dinámica de presentación de carácter lúdica, acorde a las características propias del desarrollo evolutivo en esta etapa, no sólo del niño o niña, sino que también de los demás niños/as que estarán presentes en la residencia, donde se le brinde la bienvenida.

### 3. Acogida inicial.

El momento de acogida inicial está referido a una instancia que otorgue mayor privacidad al niño o niña y su familia (en los casos en que es posible contar con ella) durante la fase de ingreso, a fin de generar el espacio para la expresión de sentimientos, sin exigencias respecto del contenido ni la forma de dicha expresión, fantasías y expectativas asociadas, y la entrega de información básica por parte del equipo de la residencia que otorgue claridad al niño o niña.

Quien dirige la residencia, junto a un miembro de la dupla psicosocial, se reúne con el él/ella (y su familia o adulto referente si está presente en el ingreso) a fin de sostener una conversación inicial sobre la situación de ingreso a la residencia, el objetivo del tribunal al decretar la medida, el cual debe estar siempre referido a la interrupción de la situación de vulneración, y por ende, a garantizar la protección del niño o niña, junto con señalar el propósito de la Residencias Familiares. Si bien, esta instancia permitirá al equipo contar con información valiosa respecto del motivo del ingreso y conocimiento del niño o niña y/o su familia, los profesionales que participan deben tener claro que esta fase no es una evaluación, puesto que el objetivo es brindar acogida y contención, y no (a diferencia del hito siguiente) la búsqueda y recopilación de información respecto del niño/a, su familia y situación. En esta instancia se espera también abordar cualquier inquietud o duda inicial que pudiese surgir por parte del niño o niña y/o su familia, independiente que puedan surgir otras después.

Se ha observado que, en ocasiones, los niños y niñas llegan con información errónea que dificulta aún más la incorporación positiva a este espacio, información relacionada tanto con el quehacer de la residencia, tiempos de estadía u otros, como por

ejemplo, que la residencia es para los niños/as *“que se portan mal”*, o que *“sólo irá a una entrevista, pero luego se irá a su casa”*, la cual es necesaria de indagar con el niño o niña y clarificar en esta instancia, de ser necesario, identificando oportunamente eventuales fantasías y expectativas que puedan interferir negativamente en la incorporación al espacio. Por tanto, el mensaje más importante que se debe entregar en este hito inicial es que el ingreso y proceso de intervención del cual será parte activa y fundamental, se produce *por y para* la protección de sus derechos, y que se espera que su paso por la RF sea por el período más breve que sea posible, aun cuando se le debe señalar también que ello no depende directamente de la residencia, sino de la medida adoptada por el juez.

Una vez realizada la reunión de acogida inicial, el/la director/a, encargado/a de vida familiar, y un tutor/a que se defina, invitan al niño o niña a conocer la casa, mediante un recorrido por todas las dependencias que conforman la residencia, comenzando por los espacios comunes de encuentro para luego dar paso al que será su dormitorio mientras dure su estadía en la residencia. Asimismo, se debe propiciar que el espacio que será destinado como personal sea acondicionado por el propio niño o niña de acuerdo a sus gustos y preferencias, ofreciéndole la posibilidad de traer artículos personales que le permitan sentirse seguro/a y darle continuidad a su identidad. Además, en este recorrido se le pueden señalar aspectos generales del funcionamiento de la residencia, tales como que existe una rutina diaria, la que será adaptada por el/la Terapeuta Ocupacional a sus necesidades e intereses, la existencia de un marco de convivencia que resguarda el bienestar de cada uno/a de los/las niños/as y funcionarios/as a cargo de su cuidado, así como también decirle a quién debe recurrir en caso de que necesite algo o tenga alguna dificultad, pues todos los que allí trabajan están dispuestos a dar respuesta a sus necesidades.

Un aspecto a destacar del modelo de residencia es la incorporación de la figura del **Tutor/a de referencia**, debido a la importancia que tiene para el desarrollo de niños y niñas brindar un cuidado personalizado. Esta figura tiene la importante misión de establecer un vínculo cercano con el niño o niña de tal forma de constituirse en un referente afectivo para él o ella, estar atento/a a sus necesidades y dar respuesta contingente y oportuna a ellas, actuando como un motor para potenciar su desarrollo. Dado que el vínculo se construye desde el conocerse y *en* la relación, se requiere un conocimiento (aunque sea mínimo) entre el niño o niña y la figura que será su tutor/a, considerándose oportuno que el tutor/a de referencia se establezca durante el primer mes (como máximo) desde el ingreso del niño o niña. En el intertanto, se deberá definir una figura (tutor/a) que brinde un acompañamiento preferente al niño o niña, a fin de resguardar la intervención durante el período de acogida.

Especial relevancia cobra la elección de esta figura, debiéndose considerar tanto la percepción del niño o niña y dinámica establecida con ese adulto/a, la opinión de los tutores que se han relacionado de manera espontánea y preferente con el niño/a, junto a la observación y criterio profesional del director/a, duplas psicosociales, encargado/a de vida familiar y terapeuta ocupacional respecto de quién es la figura que podría resguardar de mejor manera el interés superior de aquel niño o niña particular, dar respuesta a sus necesidades de manera más apropiada y potenciar su desarrollo de manera más óptima. Se debe tener claro que la elección del tutor/a de referencia cumple una función preferente y no exclusiva ante un determinado niño o niña; así como también se debe tener claridad respecto de que la existencia del tutor/a de referencia no impide la vinculación del niño/a con otras figuras adultas al interior de la residencia, puesto que hay días en que esta figura

no se encontrará presente, sin embargo, estarán los demás tutores y otros adultos para escuchar, contener, y dar respuesta a las necesidades del niño/a.

En el caso que un niño o niña ingrese por segunda o más veces a la Residencia Familiar (acto administrativo denominado reingreso), se sugiere que en la acogida inicial participe quien haya sido previamente la figura de referencia para el niño o niña. Será necesario analizar las circunstancias del reingreso, indagar la motivación y necesidades actuales, además de analizar si la oferta de intervención está siendo o no la más apropiada para el niño o niña.



La acogida inicial busca propiciar el inicio de una relación de confianza con el niño o niña. Son factores clave para el éxito de esta fase:

- Contar con un espacio físico apropiado, que garantice la privacidad de la primera reunión.
- Establecer desde el comienzo una interacción cercana, respetuosa, donde pueda expresar sus sentimientos sin exigencias (de forma ni de contenido).

- Mostrar, a través del modelamiento, nuevas formas de relacionarse y comunicarse.
- Definir quién será el/la tutor/a de referencia/a (al final de este hito) y el rol que éste/a tendrá en el acompañamiento cotidiano.
- Entregar información clara al niño o niña y su familia o adulto de referencia respecto del objetivo de la residencia, la duración de la intervención y las normas internas básicas de funcionamiento.
- Favorecer que el profesional abogado del equipo de soporte le explique al niño o niña el sentido de la medida de protección, la situación jurídica y las acciones a desarrollar en esta materia a lo largo del proceso.
- Demostrar aceptación y mantenerse accesibles como adultos.
- Procurar que cuando ingresen hermanos con vinculación afectiva permanezcan juntos, compartiendo dormitorio o en el mismo sector de la residencia.
- Transmitir que la residencia es un espacio de protección, cercano y propio, donde puede ejercer sus derechos y continuar el desarrollo de su vida, acorde a sus intereses y necesidades.

#### **4. Acompañamiento durante los primeros días**

Este momento contempla hasta el primer mes desde la llegada del niño o niña a la RF. Se refiere a acompañar de cerca el proceso de llegada del niño/a y a generar mecanismos para la óptima inclusión de él/ella a la residencia, por parte de todo el equipo, y principalmente, desde la figura del/la tutor/a de referencia una vez que es definido dentro del primer mes. El objetivo de esta instancia es promover nuevos estilos de

vinculación mediante instancias protegidas de interacción con el niño o niña. Algunas acciones a realizar durante este período de tiempo son:

- a. Iniciar un cuaderno de vida, que consiste en una estrategia que permite al niño o niña hablar de su vida, mediante la creación de un registro material en el que se incluyan los elementos que él o ella consideren más significativos respecto de: su vida antes de llegar a la residencia, el ingreso a ésta, de la vida que desarrolla durante su permanencia, la preparación para la despedida y el egreso. El/la tutor/a motiva al niño o niña en la creación de este registro, el cual puede ser escrito, pero también con dibujos, fotos, frases cortas o que se facilite la expresión espontánea de él o ella de la manera que quiera hacerlo. Es tarea también de los tutores complementar el registro de los hitos significativos del niño/a. Se estima que esta metodología permitirá al niño o niña ir significando su experiencia desde lo concreto, dándole sentido a su experiencia.
- b. Promoción de una vinculación positiva mediante el desarrollo de actividades de juego, deportivas y recreativas, que favorezcan el conocimiento positivo, las relaciones de confianza con pares y adultos de la residencia, acorde a la etapa de desarrollo evolutivo, y que permitan canalizar la energía vital de manera productiva.
- c. Incorporación en actividades de la vida cotidiana desde el momento del ingreso, mediante la participación activa pero paulatina en la rutina de la residencia, la que debe ser ajustada a las necesidades y características del sujeto de atención.

El logro de todos los elementos descritos facilitará el establecimiento de una relación de confianza y/o vínculo terapéutico, y sostener un diálogo abierto y de colaboración –del niño o niña y la familia o adultos relacionados– durante todo el proceso de intervención.

## HITO 2: EVALUACIÓN INTEGRAL DEL NIÑO O NIÑA

La evaluación integral corresponde al segundo hito del proceso al interior de la Residencia Familiar, cuyo objetivo es comprender al niño o niña, su familia y su contexto respecto de su situación actual, situación de vulneración que motivó el ingreso a la residencia (y la consecuente separación familiar), y conocer *quién/es es/son* el niño o niña y su familia o adulto referente en el momento de sus vidas que se produce el ingreso a la RF. Para ello, se realiza un proceso de búsqueda y recopilación de información, a través de distintas fuentes, utilizando técnicas y metodologías aplicables tanto al niño o niña, su familia o adulto referente (de existir), otros adultos eventuales referentes (con o sin vínculo de consanguinidad), y programas de la red con las que se vincula/ba el niño o niña y su familia.

La fase de evaluación integral en su totalidad, tendrá una duración máxima de 3 meses desde el primer día de ingreso del niño o niña, y se divide en dos momentos: Evaluación Integral I (1 mes) y Evaluación Integral II (2 meses), pudiendo concluir este proceso antes del plazo señalado, dependiendo de las características de la situación y de la facilidad de acceso a las distintas fuentes de información.

Los responsables de liderar la evaluación integral son las duplas psicosociales; sin embargo, estos profesionales deberán articular que la evaluación se realice con la participación de otros actores del equipo, tales como tutores/monitores,

psiquiatra, abogado/a terapeuta ocupacional, técnico en enfermería, y otros si fuese necesario, cada uno/a desde su expertiz e interacciones en la vida cotidiana con el niño/a que son fundamentales de considerar para elaborar la evaluación.

Para que se cumpla el objetivo de lograr una evaluación que sea integral, es decir, que abarque todos los componentes y áreas que se desea evaluar, se requiere que se cumpla con criterios de rigurosidad, proactividad, coherencia y participación. Se espera que todo el proceso de evaluación sea realizado con criterios de calidad, con información proveniente de distintas fuentes y que sea posible de analizar y triangular correctamente, a fin que sea coherente. Por otra parte, debe ser diseñada y planificada con la participación del niño o niña, los adultos referentes que se estime necesario evaluar, además de las instancias de la red en las que participaba el niño/a y su familia vinculados al niño o niña, además de todo el equipo de la residencia.

Se espera que, a fin de insumar la evaluación, el equipo considere en su análisis informes anteriores elaborados por profesionales externos competentes, tales como, informes de los Proyectos de Diagnóstico Ambulatorio (DAM), informes de los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Grave (PRM), informes provenientes de los Centros/Unidades de Atención a Víctimas (CAVD, CAVI, UVI, URAVIT), expediente judicial, informes de salud y educación, entre otros. Sin embargo, se debe tener presente que, para considerar los resultados obtenidos en dichos informes, se requiere resguardar que éstos no superen los 6 meses de antigüedad como máximo.

Durante todo el proceso de evaluación, el equipo debe establecer una actitud de escucha activa y respetuosa, haciendo uso del lenguaje directo, claro y comprensible, acogiendo las

narrativas de los niños y sus familias, valorando su disposición al trabajo de evaluación, y al finalizar éste, se debe generar una instancia de comunicación o devolución de las valoraciones profesionales realizadas, junto con ofrecerles un espacio para la libre valoración del proceso de evaluación, de tal forma de hacerlo/a participante activo/a y otorgar transparencia al mismo.

La mirada que se espera del equipo durante todo el proceso de evaluación integral es aquella que contemple los recursos del niño o niña y su familia y no sólo los aspectos en déficit; las distintas áreas del desarrollo normativo del niño o niña mas no sólo las áreas que han sido dañadas, los derechos que durante la vida del niño o niña le han sido respetados y no sólo los que han sido vulnerados, a fin de tener una mirada consciente potenciadora del desarrollo del niño, niña y su familia o referente.

#### *Evaluación Integral I*

Como se dijo anteriormente, esta fase debe ser realizada al primer mes desde el ingreso del niño o niña a la Residencia Familiar y se orienta principalmente a:

- a) Identificar con claridad el motivo de ingreso y la situación de vulneración que generó la medida de protección por parte de un juez, a fin de resguardar el interés superior del niño o niña y garantizar su protección. Resulta fundamental en esta instancia **evaluar si efectivamente la medida de ingreso corresponde a una medida de última ratio** en la cual no existía ninguna figura adulta que garantizara la protección del niño o niña al ingreso, y por tanto la residencia se configura como el mejor espacio en ese momento de la vida del niño o niña para brindarle protección; o por el contrario, se evalúa que se requiere

que sea atendido/a en otro programa, ya sea en otra modalidad de cuidado alternativo (por ejemplo, Programa de Familia de Acogida) o en modalidad ambulatoria. En el caso que durante esta fase se advierta que el ingreso no corresponde a los lineamientos técnicos para la modalidad de atención de Residencia Familiar para la adolescencia temprana, el/la directora/a, junto al abogado y las duplas psicosociales deben realizar de manera inmediata todas las acciones necesarias para comunicar ello al tribunal, junto con solicitar - en el menor plazo posible – un cambio en la medida de protección por la que más corresponda, a fin de disminuir el impacto de un eventual cuidado residencial improcedente e inoportuno en el niño o niña y su familia o adulto referente, evitando extender innecesariamente su paso por el sistema residencial. Lo anterior, tiene que ser debidamente justificado, y de ser acogido por el juez se debe realizar un proceso de derivación responsable y asistido al programa o instancia que corresponda, resguardando de esta manera el bienestar del niño o niña.

- b) Identificar y evaluar, a modo inicial, eventuales figuras adultas relacionadas con el niño o niña (con o sin vínculo de consanguinidad) que pudieran potencialmente ejercer su cuidado y protección, una vez que se realice un trabajo de intervención orientado al desarrollo y/o fortalecimiento de sus competencias parentales. Para

ello, el equipo psicosocial<sup>9</sup> debe realizar la solicitud del **Certificado de Redes Familiares** en un plazo máximo de 5 días desde el ingreso del niño o niña a la residencia. Dicha solicitud debe ser realizada por el/la Director/a de la Residencia Familiar al Tribunal con competencia en materia de familia que ordenó el ingreso del niño o niña, quien, a su vez, le instruye su envío al Servicio de Registro Civil e Identificación. Si bien es sabido que este trámite demora un tiempo, se debe reiterar dicha solicitud al tribunal las veces que se estime necesario, a fin de agilizar su envío. No obstante lo anterior, se espera que en esta fase el equipo psicosocial elabore un Genograma familiar, técnica orientada a realizar una representación gráfica (en forma de árbol genealógico) que permite entregar información básica de una familia en tres generaciones respecto de la estructura familiar, funcionamiento y relaciones entre sus miembros, junto con otras técnicas y metodologías, a objeto de facilitar la búsqueda de figuras potenciales a trabajar para restituir el derecho a vivir en familia del niño o niña.

Los aspectos mínimos a evaluar con los adultos que se identifiquen en esta fase son: Motivación, disponibilidad y factibilidad para participar en un proceso de intervención conducente a la revinculación y/o reunificación familiar, tipo y calidad del vínculo con el niño o niña, además de identificación de factores de riesgo y protección para el ejercicio de la parentalidad. Cabe señalar, que se debe iniciar la aplicación del instrumental de evaluación de competencias parentales en esta fase (descritos en la fase II).

Cabe señalar, que el proceso de identificación de figuras potenciales que ejerzan el cuidado del niño o niña debe ser entendido como un proceso dinámico y no estático, puesto que en cualquier fase del proceso es posible que surjan nuevas posibilidades o cambie el escenario de trabajo, ocasión en que la dupla debe orientarse nuevamente a explorar y evaluar a esta/s figura/s, teniendo siempre presente el interés superior del niño o niña.

- c) Conocer y comprender, de manera inicial, quién es el niño y niña y su familia o adulto referente, situados en el momento presente, evaluando las características de desarrollo según etapa evolutiva, gustos y hobbies, creencias e ideologías, figuras significativas, percepción de bienestar subjetivo y potencialidades de desarrollo, proceso de victimización, trayectoria en programas de protección (utilizar información del Histórico Senainfo), estilo vincular y estilo de apego del niño o niña, áreas del desarrollo que se han visto afectadas a causa de las vulneraciones que le ha tocado vivenciar, situación de salud físico y mental, situación de escolarización, historia familiar, recursos individuales y familiares, entre otros.
- d) Identificación de factores de riesgo y protectores del niño o niña y su familia (o adulto referente) que facilitan u obstaculizan dar cumplimiento a los objetivos de la intervención.

---

<sup>9</sup> Equipo psicosocial se refiere a los profesionales que componen las duplas psicosociales, es decir, 2 duplas, en total 4 profesionales.

Para dar respuesta a esta primera fase de evaluación, se requiere que el equipo psicosocial haya indagado al menos los siguientes aspectos (niño o niña/familia):

- Situación que dio origen a la separación del niño o niña y su familia.
- La situación actual del niño o niña respecto de su bienestar y posibilidad de desarrollo.
- Los recursos protectores y factores de riesgo en el ejercicio de la parentalidad y constitución familiar.
- Trayectoria de vulneración e intervención en programas de protección especializada.

Sumado a lo anterior, el equipo debe generar las acciones necesarias para resguardar la vinculación del niño/a y su familia a la red comunal que se requiera para garantizar de derechos del niño, tales como: acceso a la escuela, a centro de salud, espacios recreativos, etc. El estar vinculado a la red constituye un soporte y a la vez un gran apoyo para el ejercicio de la parentalidad.

### *Evaluación Integral II*

La segunda fase de la evaluación integral (II), contempla un período de 2 meses, dando continuidad a la fase I de evaluación.

La evaluación integral II se orienta a profundizar los aspectos evaluados en la fase I y otros relacionados con la situación actual del niño o niña y su familia o adultos referentes, a fin de definir los objetivos de la intervención con énfasis en los recursos de ambos, minimizando los factores de riesgo que podrían incidir en su desarrollo y bienestar.

En el caso que la evaluación en su fase I haya concluido que se debía realizar un cambio en la medida de protección residencial,

por una de modalidad ambulatoria u otra medida de cuidado alternativo (familia de acogida), y mientras el tribunal toma lectura del primer informe residencial y modifica/mantiene la orden; la evaluación en su fase II se debe orientar en profundizar los argumentos que llevaron al equipo a sugerir un cambio de medida, junto con realizar una evaluación de potencial riesgo o impacto en el niño o niña que tendría mantener la actual medida.

La evaluación integral en esta fase debe incorporar distintas estrategias y metodologías de evaluación que favorezcan el despliegue abierto y espontáneo de las narrativas, emociones y conductas, tanto de los niños/as como de sus familias. Es así como se espera que se realicen las siguientes acciones: Entrevistas con el niño o niña, entrevistas con la familia (de origen y la que ejerce el cuidado previo al ingreso a la residencia –si fuese distinta-), entrevistas con adultos referentes y/o adultos significativos del niño o niña, entrevistas grupales con la familia (que incluye al niño/a), entrevistas con profesionales externos vinculados al caso, visitas domiciliarias, observación directa del profesional psicólogo/a trabajador/a social en el espacio educativo al que asiste el niño o niña, y otro espacio de participación que sea relevante para él/ella, aplicación de instrumentos de evaluación que se definirán en la fase evaluación familiar, entre otros que se estimen pertinentes para dar respuesta a las preguntas de evaluación y en función de las características a los sujetos de atención.

Durante la presente etapa y durante todo el proceso de intervención, la participación del niño o niña y su familia es de carácter protagónico. Es decir, no hay lugar para que ellos no puedan aportar en el diseño y ejecución de las intervenciones que se realizan, pues restringir su participación dificulta su vinculación, y genera distancia entre cómo ellos perciben su situación y las concepciones del equipo que lo evalúa al interior

de la RF. Lo anterior no significa que este equipo no pueda desarrollar intervenciones novedosas en las que la familia ocupe el lugar de beneficiario, sino que éstas tienen derecho a ser parte del proceso y no a ser únicamente receptores de un programa.

### Evaluación del niño o niña

Se busca conocer y profundizar en la situación actual del niño o niña, características y necesidades del desarrollo físico, social, sexual, cognitivo, afectivo y conductual. Inicia con evaluar cuál es el significado que el niño o niña le otorga a la experiencia actual de ingreso a la RF, a la separación familiar (o lugar de residencia previo) y de su entorno comunitario, así como también conocer de qué manera ha ido significando las fallas en el cuidado y la protección por parte de quienes debían protegerlo (familia de origen y otra que lo ejercía previamente – en caso de ser distinta-). Se debe indagar, además, en su nivel de comprensión respecto de su trayectoria institucional (en caso de existir) y su actitud frente a la institucionalidad como tal. En el caso que el niño o niña provenga de otra residencia, se debe indagar, además, cómo fue su experiencia residencial previa, qué aspectos considera que fueron de apoyo para él, así como también si existieron experiencias adversas durante su estadía y forma de abordaje.

A su vez, la evaluación pondrá énfasis en indagar los recursos del niño o niña, los factores protectores y patrón resiliente, de qué manera siente que ha logrado resolver o recibir apoyo en momentos difíciles durante su vida, figuras que reconoce o ha reconocido como protectoras, indagar respecto de formas de superación de experiencias que para él o ella hayan sido dolorosas, nivel de bienestar subjetivo; en síntesis, todas aquellas situaciones que le permitan conectarse con la experiencia de superación. Lo anterior, no sólo tiene por

finalidad la identificación de figuras protectoras y/o de apego, sino que también destacar relaciones sociales significativas que sirvan de soporte al proceso de intervención.

Un aspecto central a evaluar en esta fase, pero también a tener en cuenta chequear durante todo el proceso de intervención, es si la protección del niño o niña está garantizada en sus distintas aristas, pues si bien es sabido, la situación de vulneración que motivó la adopción de la medida de protección actual se interrumpe de inmediato con el ingreso a la residencia; sin embargo, en ocasiones existen otras situaciones de maltrato (psicológico, por ejemplo) que se debe interrumpir a fin de preparar el contexto para la superación de dichas experiencias, ya que no es posible comenzar a resignificar las experiencias de vulneración si la protección no está garantizada.

El/la profesional psicólogo/a deberá profundizar en la evaluación con el niño o niña el nivel de impacto o daño de las experiencias de vulneración, áreas del desarrollo evolutivo implicadas, análisis de las dinámicas traumatogénicas, las cuales permitan comprender en su total dimensión cómo ha incidido la vulneración en la vida del niño o niña, de tal forma de diseñar un plan específico que contribuya a la resignificación y, finalmente, que logre integrar (en su totalidad o en parte) estas experiencias a su continuo vital. Por su parte, el/la trabajador/a social verificará su inserción comunitaria, redes sociales, estado de escolarización, estado de involucramiento y participación en la red de salud, entre otros, utilizando como técnica el *ecomapa* y otras afines. Evaluará el nivel y tipo de participación en el ámbito educacional, junto con la necesidad del tipo de apoyo que requiere en este ámbito, a objeto de diseñar un plan para abordarlo. El personal de salud evaluará si el niño o niña cuenta con diagnóstico médico, prescripción de tratamiento farmacológico u otro, adherencia al tratamiento,

así como todo lo referido al ámbito de la salud física y mental. Los tutores diurnos y monitores nocturnos aportan información valiosa acerca del despliegue cotidiano de los niños y niñas a través de la rutina diaria, tipo de relaciones que establecen,



gustos y preferencias, talentos y habilidades, entre otros.

Dado que en la Residencias Familiares se generan acciones que permiten conocer los estilos vinculares del niño o niña, su estado de desarrollo y los recursos con que enfrenta las situaciones de estrés, la evaluación incluye la mirada de los diversos integrantes del equipo.

Para la elaboración de la evaluación con el niño o niña, un elemento clave a considerar es la relación que se genere entre éste/a y el/a tutor/a de referencia, puesto que el modelo de vida familiar orienta a que se destinen a diario espacios de encuentro personal entre ambos, a objeto de desplegar la confianza mutua y promueve la sensación de disponibilidad y cuidado en el niño/a. Es importante que las observaciones que realice el/la tutor/a de referencia, en las instancias de reunión

y análisis de casos, sean consideradas por los diferentes actores del equipo de evaluación liderado por la dupla psicosocial, ya que será un insumo clave para diseñar la intervención posterior. A la vez, tanto las duplas psicosociales, como el/la terapeuta ocupacional, director/a, y encargado/a de vida familiar estén atentos a observar las dinámicas en que se muestra el niño o niña en los espacios cotidianos de interacción, a modo de nutrir la evaluación.

Es fundamental que el niño o niña se sienta acogido en esta instancia y como un participante activo, a fin de propiciar el diálogo y la expresión de temáticas complejas de abordar para él o ella, resguardando siempre que esta expresión tenga un efecto terapéutico y de ninguna manera nocivo o generador de estrés para él o ella. Es por ello que se debe respetar su ritmo personal en todo momento, y no se debe forzar a la apertura de contenidos para los cuales no está preparado de exponer. Se trata de fomentar la expresión a partir de diversos medios, que le permitan al niño o niña comunicar sobre lo que siente y piensa respecto de lo ocurrido de la manera que sea más cómoda para él/ella.

Finalmente, es preciso destacar la riqueza para el equipo de observar aspectos de la vida cotidiana con el niño/a, generando a partir de ella intervenciones de calidad, así como también insumando la evaluación con aspectos tan relevantes como: las relaciones que establece con el/la tutor/a de referencia y otros miembros del equipo al interior de la Residencia Familiar, su nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria, cuáles son las actividades de estimulación o recreación que le son más y menos placenteras, cómo se relaciona con los demás niños y niñas, entre otros.

### Evaluación de la Familia

La evaluación familiar es parte fundamental del diagnóstico integral y se debe realizar en todos los casos. Se orienta a profundizar en la estructura, relaciones y dinámica familiar de la familia de origen y de aquella familia que ejercía los cuidados del niño o niña previo al ingreso a la residencia familiar (si es distinta a la de origen), además de indagar más a fondo en los recursos y los factores de riesgo que actualmente presenta la familia para el ejercicio de la parentalidad.

Una vez que se identificaron, en la fase I de evaluación, los adultos que podrían participar en el proceso de intervención del niño o niña tendiente a una eventual reunificación familiar, se explicita el objetivo de la evaluación y acompañamiento por parte del equipo de la Residencia Familiar, junto con otros acuerdos relevantes para el éxito del proceso de intervención, a modo de encuadre de trabajo. Cabe señalar, que la evaluación familiar se realiza tanto en las dependencias de la RF como en el contexto físico en que se ejerce la parentalidad.

La evaluación a la familia debe determinar la relación entre la **situación actual y el potencial** de recuperabilidad o desarrollo de la capacidad protectora de los referentes familiares, teniendo presente que –en articulación con las redes locales– la Residencia Familiar puede contribuir a superar los problemas de las familias asociados a la vulneración y a fortalecer el ejercicio de la parentalidad.

Cuando en la evaluación se encuentra a una familia nuclear y extensa que se niega a participar en el proceso de intervención, que rehúsa hacerse cargo de la protección de los niños y niñas y no se detecta a otros adultos relacionados que puedan apoyar, el Plan de Intervención Individual se orientará a continuar buscando referentes protectores, a objeto de

continuar buscando alternativas de desarrollo más óptimo al niño o niña.

Los informes previos de la familia, elaborados por profesionales de programas anteriores en los que ésta participó deberán ser incorporados como insumo en la evaluación e impresos en la carpeta, pues complementan y ayudan a validar la información disponible, evitando la sobre intervención y el desgaste en la familia. Esto no quiere decir que el equipo de la RF no deba realizar un análisis crítico de dichas evaluaciones, sino por el contrario, debe utilizarla para triangular los resultados obtenidos en la evaluación actual.

No obstante, en el caso que exista un instrumento de evaluación familiar aplicado a la misma familia por otro equipo en un periodo igual o menor a seis meses, el equipo de la Residencia Familiar incluirá dichos informes en el análisis para la elaboración de las conclusiones sin repetir la aplicación de dicho instrumento, a fin de evitar la sobre intervención, a menos que exista un fundamento técnico suficiente para hacerlo (por ejemplo, invalidación de evaluación anterior, cambio drástico de la situación familiar).

La dupla psicosocial deberá evaluar en esta instancia la historia familiar, trayectoria de la familia en programas de protección, cuáles han sido los facilitadores y obstaculizadores para el ejercicio de la parentalidad, condicionantes para ejercerla, significado que otorgan a las vulneraciones de derecho, a la separación familiar y la actual medida de protección, así como también, nivel de conciencia respecto de la situación de vulneración, nivel de motivación al cambio, reconocimiento de la necesidad de apoyo externo, otras variables que inciden en la falla en las variables de cuidado y protección (enfermedad de algún miembro de la familia, situación de salud mental grave, consumo de drogas, etc.) que hacen que las familias requieran

apoyos adicionales para ejercerla, así como también los recursos y facilitadores para asumir el cuidado y protección del niño o niña .

A su vez, el/la trabajador/a social de familia debe evaluar la vinculación de la familia con las redes de protección social y comunitaria requerida y/o que resultan favorables para el ejercicio de la parentalidad. En aquellos casos en que la familia no se encuentre vinculada a las redes de protección universal – y por ende no esté accediendo a los beneficios o prestaciones a los que tiene derecho y necesita–, el equipo debe favorecer una rápida vinculación a éstas.

La evaluación de la parentalidad aborda las situaciones y oportunidades para ejercer los roles de padre o madre. En el análisis se busca distinguir si es por falta de competencias por parte de las familias, o es por falta de condiciones y oportunidades para ejercer esos roles de crianza de manera eficaz. En este sentido se debe ser muy riguroso en la evaluación, ya que no es posible evaluar de manera sesgada a una familia, sin discriminar cuáles son los aspectos que interfieren en cada componente (competencias v/s condicionantes). Si la familia tiene que ver sólo con los condicionantes para la parentalidad (oportunidades y acceso a beneficios a los cuales tiene derecho) no es motivo suficiente para concluir incompetencia parental, si no está afectada la protección.

Esta mirada permite analizar la deprivación cultural y educativa, los trastornos de salud mental, las adicciones, la falta de disponibilidad de la oferta de apoyo o la pobreza y exclusión social, como factores que pueden incidir o perjudicar el ejercicio de la parentalidad; a diferencia de las prácticas del ejercicio parental permitiendo aproximarse al relato de la familia e identificar los patrones de conducta e interacción que pueden

ser modificados y fortalecidos. En este espacio es posible reafirmar a las familias en sus valores y esperanzas, sueños de futuro, anhelos de sana convivencia del grupo familiar y en sus fortalezas para el cambio, mostrándoles oportunidades y alternativas para resolver sus problemas y conflictos.

Además de las entrevistas a realizar a las familias y las instancias de observación en sus espacios de desenvolvimiento cotidiano, se requiere realizar la aplicación de al menos un instrumento de evaluación de competencias parentales/marentales que se señalan a continuación, el cual deberá ser complementado con las otras técnicas de evaluación señaladas. Para ello, se presentan dos metodologías de evaluación de competencias parentales que vienen a complementar la evaluación de la familia y que debe ser aplicada (al menos una de ellas):

i-**La Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte (NCFAS- R)**, escala estandarizada con mirada eco-sistémica que busca evaluar el funcionamiento familiar a través de una serie de indicadores en distintas áreas (entorno, competencias parentales, interacciones familiares, seguridad familiar y bienestar del niño). Junto a ellas, la variante R incluye las dimensiones de vida social y comunitaria, autosuficiencia, salud familiar, ambivalencia cuidador/niño y preparación para la reunificación. Este instrumento debe ser aplicado de acuerdo al procedimiento indicado y en conjunto por distintos miembros del equipo, debiendo consensuar los resultados para las distintas escalas desde una mirada que potencie los recursos de las familias y la cobertura de necesidades que le permita a las familias, ejercer sus prácticas parentales de manera más óptima.

ii-**Modelo de Evaluación de Condiciones para la Parentalidad (MECeP)**, es un modelo que se basa en una mirada eco-comprensiva de la familia que rompe con la lógica de la

evaluación de características intrínsecas a las personas (padres/madres), en la medida que se relevan los contextos en los cuales los padres son padres (mirada ecológica), y por otro lado, se centra en la significación que los sujetos hacen de esa vivencia de la parentalidad en contextos particulares (mirada comprensiva). Se operacionaliza a través del Protocolo Integrado MECeP de Evaluación de Condiciones para la Parentalidad, el que aborda 3 dimensiones y subdimensiones: Condiciones del contexto sociocultural (apoyo social, relaciones interétnicas, hábitat, situación económica, trabajo), condiciones de padres, madres y cuidadores (configuraciones familiares, salud física y mental, trayectorias vitales y resignificación de historias de vida, sistema de creencias, afectividad y apego, autoeficacia, cuidados básicos, pertenencia étnica y cultural), condiciones de niños, niñas y adolescentes (vínculos significativos de los niños/as con otros adultos y sus pares, opinión de niños/as acerca de sus padres y cuidadores, autoimagen, características propias de niños/niñas, salud y educación).

A fin de complementar el/los instrumento/s anteriores, se propone la aplicación de los siguientes instrumentos, sólo en aquellos casos que se requiera confirmar información para la toma de decisión respecto a algún ámbito del ejercicio de la parentalidad:

**-Escala de Parentalidad Positiva (e2p)**, se trata de un cuestionario de auto reporte para madres, padres o cualquier adulto que esté a cargo del cuidado de un niño o niña, cuyo objetivo es identificar las competencias parentales que dichos adultos utilizan con el niño o niña a su cargo. Al ser un cuestionario auto aplicado, el instrumento recoge la percepción o valoración que tiene el adulto respecto de sus propias competencias parentales, por tanto, está sujeto a sesgos de deseabilidad social propios de cada cuestionario, y no se

constituye como un sistema de evaluación de competencias parentales; no obstante, permite conocer la valoración del adulto respecto de sus competencias en este ámbito. Dadas las características y limitaciones propias del instrumento, éste debe ser utilizado con cautela y nunca de manera exclusiva para evaluar parentalidad. El cuestionario se compone de 54 reactivos que dan cuenta de comportamientos cotidianos de crianza que reflejarían el despliegue de la competencia parental en cuatro áreas: vínculo, formación, protección y reflexión.

**-Inventario de Potencial de Maltrato Físico (PMF)**, se trata de un inventario que evalúa las características de personalidad y de interacción de la persona con su entorno social y familiar, alertando así sobre un potencial de maltrato físico infantil. Su aplicación e interpretación sólo es factible en poblaciones con características de riesgo asociados a la conducta de maltrato infantil. Dado que este inventario es un instrumento de sondeo, debe ser aplicado en forma conjunta con otros instrumentos de evaluación.

**-Parental Bonding Instrument (PBI)**, es un cuestionario de auto reporte basado en la teoría del vínculo de John Bowlby, que mide la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia, hasta los 16 años. El test consta de 25 afirmaciones, las que componen 2 escalas: cuidado y sobreprotección. Por tanto, para los fines aquí expuestos, este instrumento servirá para conocer la percepción de los cuidadores respecto de sus propias experiencias de cuidado en la infancia y adolescencia, y no se constituye, por tanto, en un instrumento de evaluación de competencias parentales.

Algo importante de señalar, es que las metodologías anteriormente señaladas deben ser utilizadas junto con otras estrategias y metodologías de evaluación, tales como

entrevistas a la familia y otros referentes adultos, entrevistas al niño o niña, instancias de observación durante la visita de la familia al niño/a en la Residencia Familiar, visitas al domicilio de la familia, ecomapa, genograma, información obtenida del certificado de redes familiares, reuniones con otros profesionales, análisis de evaluaciones e informes previos, entre otras, y nunca de manera aislada, propiciando un análisis riguroso de las distintas fuentes de información y la triangulación de la misma, que permita llegar a conclusiones que potencien el desarrollo de las familias.

En función de la evaluación familiar realizada, del análisis de toda la información, y de los recursos y factores de riesgo asociados a la familia y/o adultos relacionados, se definirá si es posible proyectar con ellos el egreso del niño o niña, tras el proceso de intervención que desarrollado en la residencia.

Si no se logra identificar a algún adulto que pueda asumir el cuidado del niño o niña al momento del egreso, debe explorarse con el programa de Familia de Acogida Especializada correspondiente al territorio, la disponibilidad de una familia de acogida externa que pueda asumir sus cuidados de manera transitoria, en tanto, se continúe con la búsqueda de algún referente familiar adulto con quien proyectar un trabajo de intervención familiar, orientado a la reunificación, o en los casos que no es posible, a la mantención de la vinculación con el niño o niña, debiendo analizarse cuál es la mejor alternativa de desarrollo para el niño o niña, en virtud de su interés superior.

Se debe facilitar que los encuentros entre el niño o niña y su familia o adulto relacionado ocurran en un espacio acogedor y equipado acorde a sus intereses (juegos de mesa, materiales de arte y manualidades, deportivos, videojuegos, revistas, música, otros). Todos los encuentros familiares en el espacio residencial serán acompañados por un integrante del equipo de

intervención, ya sea observando o realizando acciones directas que eviten situaciones de estrés que pudieran interferir en la superación de las experiencias adversas y de vulneración. Cabe precisar, que el acompañamiento del equipo deberá ser evaluado permanentemente y, será esperable que, conforme avance el proceso y se vayan obteniendo logros en las familias, éste podría ir disminuyendo.

#### *Evaluación de inserción comunitaria y en instancias del intersector, a nivel local*

Dado que el ingreso del niño o niña a la Residencia Familiar implica la separación de su grupo familiar y de su comunidad, el proceso de intervención implica gestionar y coordinar con las instancias locales requeridas para el logro de los objetivos, a fin de promover la continuidad del vínculo con su espacio comunitario de referencia –en la medida que no se configure como un factor de riesgo para la superación de experiencias de vulneración y restitución del derecho a vivir en familia-.

La evaluación a nivel comunitario busca levantar información respecto de las redes comunitarias e institucionales a las que cada niño requiere encontrarse vinculado para la restitución de sus derechos, para luego identificar a qué redes ya se encuentra vinculado y a cuáles no.

La vinculación con el sistema de salud y educacional, son los ejes esenciales para generar una intervención promotora del bienestar del/la adolescente. Por tanto, al momento del ingreso se inscribe al niño/a en el Servicio de Salud correspondiente a la residencia (específicamente el CESFAM) y se realizan las acciones necesarias para evaluar el estado de sus controles de salud, así como gestionar atención de especialidad en caso de ser requerido.

En cuanto a educación, en aquellos casos en que el niño o niña se encuentre vinculado a un establecimiento educacional, parte

del equipo (dupla psicosocial y tutor/a) deberá realizar reunión con el/la profesora a cargo del curso y la dupla psicosocial del establecimiento a fin de evaluar la situación del niño o niña, así como definir estrategias de apoyo al proceso educativo y mecanismos de comunicación que favorezcan aumentar su motivación respecto del proceso escolar. Por otra parte, cuando el niño o niña se encuentra fuera del sistema escolar, el/la trabajadora social especializado/a en intervención con niños/as, deberán gestionar su incorporación a un establecimiento educativo buscando la alternativa más idónea para el niño/a, con quiénes, al igual que en el caso anterior, se reúnen a fin de favorecer el desarrollo del proyecto escolar del niño o niña. Todo esto debe ser realizado en función del trabajo de relacionamiento comunitario establecido por la Dirección Regional y el equipo de soporte regional.

Respecto de las demás redes a las que se debe vincular el niño o niña, el/la terapeuta ocupacional, el/la trabajador/a social y el/la tutor/a de referencia deben despejar con cada niño o niña qué actividades recreativas y/o académicas le gustaría desarrollar, para desde allí definir con mayor precisión las potenciales instancias en que podría participar.

En resumen, la evaluación respecto de la vinculación a las redes se orienta, por una parte, a sumar a las redes comunitarias e institucionales que protegen y favorecen el desarrollo del niño o niña y, por otra parte, a generar la vinculación con todas aquellas redes que pueden actuar como garantes de derechos.

#### *Informe de Evaluación Integral*

Los resultados de todo el proceso de evaluación (fase I y II) deben quedar registrados en el informe de evaluación integral, que recoge los aspectos fundamentales evaluados en esta etapa. Este informe debe dar respuesta a la situación de

vulneración que originó su ingreso a la Residencia Familiar, la calidad del ejercicio parental desarrollado por los adultos de referencia y las condiciones para dicho ejercicio. El informe de evaluación integral debe contener conclusiones suficientemente sustentadas en los hallazgos del proceso diagnóstico, un pronóstico de la situación y recomendaciones del curso a seguir.

Previo a ser entregado al tribunal que ordenó el ingreso, este informe debe ser abordado con el niño o niña y su familia o adulto relacionado, pues ellos son los expertos en su vida, y los profesionales de la Residencia Familiar están a disposición de apoyar su proceso de cambio. En la medida que estén informados del contenido del informe podrán incorporar aspectos que consideren relevantes o bien manifestar su desacuerdo. Cuando se generen disensos entre la opinión del equipo y la familia, los desacuerdos deben ser registrados de manera clara y específica en el informe, explicando a la familia y al niño/a que sus opiniones serán incorporadas.

El informe de evaluación **debe claramente indicar una sugerencia al Tribunal** correspondiente. Pudiendo ésta ser la continuidad de la intervención residencial, o bien solicitar el egreso con familia (de origen, de acogida o adoptiva), con derivación a un programa de acogimiento familiar o de intervención ambulatoria de SENAME.

Si la postura técnica del equipo refiere a interrumpir la intervención residencial, es necesario que se realicen acciones de vinculación del niño o niña y su familia al programa al que será derivado resguardando su protección y bienestar.

Por otra parte, en aquellos casos en que el equipo estime necesaria la intervención residencial, al terminar el tercer mes de permanencia del niño o niña en la misma, el equipo debe remitir al tribunal correspondiente un informe de evaluación

integral más acabado, en donde especifican el plazo en que se hará envío del plan de intervención del niño o niña (el que no puede exceder de una semana corrida desde concluida la evaluación integral).

El plazo máximo para enviar al tribunal el informe de evaluación integral fase I, es el día 30 desde el ingreso del niño/a a la RF.

El plazo máximo para enviar al tribunal el informe de evaluación integral fase II, es el día 90 desde el ingreso del niño/a a la RF.

Por tanto, el/la director/a de la residencia familiar será responsable de establecer un sistema de monitoreo para el cumplimiento de los plazos de elaboración de informes y otros documentos (por ejemplo, informes de avance y planes de intervención) y envío de éstos al tribunal correspondiente, a fin de evitar atrasos en este ámbito.

### HITO 3: INTERVENCIÓN RESIDENCIAL

La fase de Intervención Residencial dura **doce (12) meses como máximo** y se basa en la ejecución del Plan de Intervención Individual diseñado para cada niño o niña.

El Plan de Intervención Individual es un instrumento técnico de intervención, seguimiento y evaluación. Si bien la elaboración del plan de intervención es liderada por las duplas psicosociales, se debe diseñar con la participación de los distintos integrantes del equipo de la Residencia Familiar, así como también del niño o niña y su familia o referente para el trabajo de intervención. El diseño debe estar en coherencia con la evaluación integral realizada, características y requerimientos de cada niño o niña, y contiene todos los elementos prioritarios que debe contemplar la intervención con el niño o niña, con su familia o adulto relacionado y con sus redes o servicios de apoyo, en cada momento de la intervención.

El Plan de Intervención Individual debe ser diseñado y enviado al Tribunal en un plazo máximo de una semana desde finalizada la evaluación integral, es decir, en la primera semana de iniciado el cuarto mes (desde el ingreso del niño o niña).

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

El Plan de Intervención se configura como una herramienta dinámica que permite orientar y transparentar los objetivos, los resultados esperados y las acciones que se desarrollarán para su logro. Dicha herramienta debe ser actualizada de forma permanente en función de las evaluaciones de inicio y de proceso que se desarrollan a lo largo de la permanencia del niño o niña en la residencia.

El plan de intervención, como fue señalado, debe ser enviado al tribunal en un plazo que no supere los 7 días (corridos) desde finalizada la evaluación. El presente plazo es exigible tanto para el primer plan de intervención elaborado en función de la evaluación integral de ingreso como, las actualizaciones de dicho plan elaboradas en función de las evaluaciones de proceso desarrolladas cada tres meses.

El diseño del PII requiere de un trabajo reflexivo y de colaboración en el equipo, orientado por el/la supervisor/a del equipo de soporte regional, mediante las siguientes actividades:

- Reunión técnica, en la que participan profesionales, técnicos y director/a.
- Reunión con equipo de otro programa interviniente, con el cual se trabajará un Plan de Intervención Unificado (PIU), el cual acuerda las temáticas y objetivos a trabajar en conjunto entre los programas, a fin de evitar la sobre intervención, favorecer la adherencia del niño/a y su familia, en pro de la efectividad de la atención.
- Análisis del caso entre las duplas psicosociales de intervención con el niño o niña y familia y tutor/a de referencia.
- Aprobación del plan por parte del director/a de la Residencia familiar.
- Socialización con el niño o niña y sus referentes familiares e incorporación de los ajustes pertinentes desde la opinión de éstos.
- Establecer instancias de evaluación periódicas del plan con el niño o niña y su familia.

En lo global, el plan de intervención buscará favorecer el bienestar del niño o niña, la restitución del derecho a vivir en familia y la superación de las experiencias de vulneración sufridas y los eventuales traumas vivenciados. En lo específico, el diseño del Plan de Intervención debe siempre responder a las características, necesidades, factores protectores y de riesgo de cada niño o niña, su familia (o adulto relacionado) y su entorno, levantadas durante la evaluación realizada. Por ende, el plan de intervención es único y particular para cada niño o niña, así como también debe ser ajustado a cada etapa del proceso, y por tanto, es dinámico y flexible, acorde a los avances y/o retrocesos.

El PII debe considerar integralmente al niño o niña; por lo tanto, el diseño debe incorporar siempre tres ámbitos de intervención, con la participación activa de niños/as y familias:

1. Individual: refiere al proceso de elaboración de las experiencias de vulneración y sus proyecciones para el futuro, con énfasis en el fortalecimiento de recursos personales.
2. Familiar: implica orientarse hacia una dinámica familiar bien tratante con énfasis en fortalecer o desarrollar las habilidades requeridas para ejercer adecuadamente el rol parental/marental, mediante la identificación de factores protectores y de riesgo, con énfasis en el desarrollo de sus potencialidades y recursos familiares.
3. Comunitario: implica el trabajo de vinculación y/o fortalecimiento de las redes de protección social y comunitaria. Contempla lo referido al proceso judicial en el ámbito de la protección y penal (en aquellos casos en que corresponda), lo referido a salud, educación y otras áreas de desarrollo comunitario.

El Plan de Intervención debe especificar el plazo en que se espera que logre los objetivos propuestos y las actividades específicas (grupales e individuales), que se realizarán para lograr dichos objetivos. Cada actividad debe indicar el tipo de intervención (sesión psicológica individual o familiar, talleres con el niño o familia, entre otras), el número de sesiones, la frecuencia, a quién/es está dirigida, participantes y responsable de su desarrollo.

Definir con especificidad los objetivos, plazos, actividades, etc., permite que al momento de evaluar el plan de intervención se facilite el reconocimiento de logros, identificar en qué aspectos es necesario mejorar como equipo, qué objetivos no se están logrando y qué factores han contribuido a obtener resultados favorables.

Dado que el niño o niña participa en la elaboración de su plan de intervención, los objetivos propuestos por el equipo deben hacerle sentido y debe tener el espacio necesario para proponer objetivos, resultados esperados y/o acciones a desarrollar. Del mismo modo, la familia y/o adulto relacionado debe poder participar en la elaboración del plan de intervención, asegurando que todo lo plasmado en el plan sea coherente con su situación y sea desafiante –pero posible–.

El plan de intervención debe ser coherente con los factores de riesgo y recursos del niño o niña, su familia y entorno identificados en la evaluación integral; por lo tanto, debe orientarse a fortalecer los aspectos evaluados como débiles y a promover y mantener los recursos observados en los diferentes ámbitos evaluados.

También el plan de intervención debe tener coherencia interna, es decir debe evidenciar la relación de causalidad existente entre cada objetivo, el resultado esperado para el periodo y las acciones que se realizará para lograrlo.

El plan de intervención deberá ser revisado y actualizado cada tres meses como máximo, y cada vez que sea necesario en función, por ejemplo, de acontecimientos vitales importantes en la vida de los niños y niñas (hospitalización, fallecimiento de un familiar, entre otros).

A continuación, se presenta un cuadro resumen sobre los aspectos fundamentales que debe contener el Plan de Intervención Individual (PII):

Tabla 7: Aspectos principales de un Plan de Intervención Individual

OBJETIVO	RESULTADO ESPERADO	ACCIONES
<p>Refiere a lo que se espera generar en la intervención para favorecer la pronta restitución del derecho a vivir en familia, así como la resignificación de las experiencias de vulneración.</p> <p>Debe definirse objetivos en el ámbito individual, familiar y comunitario.</p> <p>Los objetivos deben ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coherentes a la etapa del curso de vida del niño o niña</li> <li>• Coherentes con los recursos y factores de riesgo levantados en la evaluación diagnóstica.</li> <li>• Construidos en conjunto con la familia y el niño o niña.</li> </ul> <p>Ejemplo: “vincularse a la comunidad”</p>	<p>Refiere al logro concreto que se espera alcanzar en tres meses (o menor periodo en caso de ser necesario).</p> <p>Cada objetivo debe contar con, al menos, un resultado esperado</p> <p>Los resultados esperados deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser claros y medibles.</li> <li>• Ser coherentes con el objetivo que esperan promover.</li> <li>• Ser coherente con la situación actual del niño o niña y su familia.</li> <li>• Ser coherente con el tiempo de vigencia del plan.</li> </ul> <p>Ejemplo: "Participar de forma semanal en un taller ofrecido en el territorio."</p>	<p>Refiere a todas las acciones que se realizan para el logro del resultado esperado.</p> <p>Una actividad no refiere a cada acción sino a un conjunto concatenado de acciones.</p> <p>Todos los resultados esperados deben basarse en el desarrollo de al menos, una actividad.</p> <p>Las actividades deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser coherentes con los resultados.</li> <li>• Precisas.</li> <li>• específicas en número de acciones y frecuencia.</li> <li>• Indicar quienes son los beneficiarios directos de la actividad.</li> <li>• Especificar quiénes del equipo interventor participan en ella y quién es la persona responsable de su ejecución. Ejemplo: “Conocer diferentes talleres ofrecidos en la comunidad. A cargo de T.O., 2 sesiones”</li> </ul>

### *Ejecución del Plan de Intervención Individual (PII)*

La ejecución del proceso de intervención con cada niño o niña en la Residencia Familiar –en el ámbito individual, familiar y comunitario– tiene como carta de navegación el Plan de Intervención co-construido entre el equipo, el niño o niña, la familia y personas relacionadas, a partir de los resultados de la evaluación integral.

El éxito del Plan de intervención (reflejado en que se logre los objetivos planteados), está fuertemente vinculado a la coherencia entre los objetivos, las estrategias y resultados esperados con las características del niño o niña, su familia y la situación particular que se encuentran atravesando.

Una vez diseñado el Plan de Intervención se deben presentar a los equipos de los co-garantes que se vinculan con cada niño y su familia (del ámbito de la salud, educación, protección social y otros como SENADIS o SENDA), de tal manera que estén en conocimiento de los objetivos a trabajar y de los resultados esperados en el proceso de intervención. De esta forma, se favorece que todos los actores relacionados del intersector a nivel local, se alineen respecto del rumbo que se debe tomar para la restitución de los derechos vulnerados y para la superación de las experiencias adversas y el trauma, en caso de haberse configurado.

En este sentido, también se promueve que estos actores se involucren en el proceso y asuman el rol de garantes que les fue encomendado. Para ello, es indispensable que las duplas de intervención realicen gestiones para recuperar el acceso a

escolaridad, salud, participación en espacios comunitarios, y otros.

Para el monitoreo del proceso, la evaluación de sus resultados y la transferencia de información, el equipo debe registrar –en Senainfo y en la carpeta individual del niño o niña– todas las acciones o eventos de intervención directa realizados con él/ella, su familia y sus redes, así como los avances y dificultades encontradas en el proceso y consignar las acciones resolutorias.

A continuación, se describen las acciones a desarrollar durante el proceso de intervención en base al PII, aludiendo a los roles de los diferentes integrantes del equipo interventor en la ejecución del plan de intervención, estructurados en base a los cuatro componentes del modelo.

#### Residencialidad Emocionalmente Segura

En primer lugar, es necesario señalar que, en el contexto de la Residencia Familiar, **todos** y cada uno de los integrantes del equipo, se constituyen en un **agente potenciador del desarrollo y promotor de resignificación y superación** de las experiencias dolorosas por las que los niños y niñas que allí ingresan han experimentado. Esto se debe tener siempre presente a la hora de desarrollar cada una de las interacciones e intervenciones, no perdiendo nunca de vista aquellas zonas libres de conflicto.

El desarrollo de este componente es fundamental para el desarrollo de un sentido de seguridad, estabilidad y pertenencia del niño o niña en la residencia. Uno de los pilares centrales de intervención al interior de la residencia y para el desarrollo infantil es la **Rutina**, ya que permite estructurar y brindar seguridad y estabilidad a los niños y niñas, en tanto hace su

mundo más predecible, sabiendo qué esperar del día a día y del futuro. El diseño de la rutina debe ser liderado por el terapeuta ocupacional y co-construido con los demás actores de la residencia (tutores/monitores, duplas psicosociales, técnico en enfermería, entre otros), y con la participación activa del niño o niña, que permita incorporar sus reales intereses en la construcción de su rutina, y que tenga sentido para él/ella, a fin que participe con mayor adherencia en las actividades programadas. Este profesional también actuará en la implementación y apoyo en la ejecución de la misma, realizando los ajustes que se requieran, a fin de que no se torne rígida y pierda sentido para el niño o niña. Es fundamental entonces, que la rutina sea conocida por todo el equipo, a través de medios de comunicación formales y fluidos.

Por tanto, se trata de una rutina flexible que permita incorporar ajustes acordes a las necesidades e intereses de cada niño/a y a eventuales situaciones emergentes. La rutina deberá incluir actividades de la vida diaria (higiene, alimentación, sueño, etc.), espacio de juego y recreación, uso del tiempo libre (ocio productivo), espacios de estudio, instancias de atención por parte del equipo, espacios de vinculación familiar durante los encuentros con la familia o adultos referentes, y actividades en el entorno comunitario (asistencia al servicio de salud, asistencia a la entidad educacional, participación en actividades deportivas, formativas, recreativas, culturales, espirituales), en caso que adhiera o lo desee.

La rutina es la expresión de un sistema de cuidado seguro, donde la cotidianeidad es estable, continua y predecible y por lo mismo, se puede anticipar sus cambios, reduciendo los

riesgos de desregulación. Por tanto, es un marco que estructura el día a día, sin necesidad de indicar qué hará en cada momento. Además, la rutina debe promover la autonomía progresiva –por ejemplo, permitiéndole que asuma decisiones cotidianas respecto de su propia vida en relación a gustos y preferencias– y no apunta a “rellenar” el día. La rutina busca aportar a su proceso de resignificación, por lo tanto, tiene que ser evaluada periódicamente en función de los objetivos y los resultados esperados, por todos los protagonistas, consensuando eventuales modificaciones.

Los tutores/monitores, por tanto, cumplen un rol fundamental, pues son los responsables de liderar y acompañar la ejecución de la rutina por parte de los niños y niñas, lo que implica ir guiando cada actividad favoreciendo que sea significativa y/o terapéutica para el niño o niña lo que se podrá observar a lo largo del proceso. Dado que los tutores/monitores son los quienes pasan mayor tiempo en la interacción cotidiana con el niño o niña, se espera que se destine tiempo para establecer una vinculación positiva con el niño o niña, que se traduzca en que éstos logren visibilizar a esta figura en adultos de referencia, que sean significativos para él o ella, y por tanto, deberán generar espacios de encuentro personal con cada uno de los niños a su cargo, los cuales tengan la finalidad de favorecer la formación de un vínculo de confianza, modelar pautas de conducta basadas en el buen trato y constituir un espacio *de y para* el niño o niña, a fin que pueda expresar lo que desee de la manera que lo necesite.

Otro pilar fundamental para un adecuado funcionamiento al interior de la Residencia Familiar es contar con un **Marco de**

**Convivencia**, tendiente a generar principios orientadores que contribuyan a una adecuada convivencia; se constituye en una estructura amplia de acuerdos, límites y normas básicas de convivencia entre todos los miembros que la componen (niños/as y equipo), a fin de promover espacios de cuidado y resguardo de todos sus miembros. A su vez, el marco de convivencia (al igual de la rutina), otorga un marco de certidumbre, en la medida que es co-construido y conocido por todos los miembros, por tanto, saben qué es lo que se espera y se comprometen a respetarlo. El marco de convivencia no debe estar centrado en la conducta del niño/a, sino que *en* la relación desde una mirada comprensiva de su situación. Por tanto, su aplicación debe ser resguardando siempre los derechos de cada niño y niña y su interés superior.

Es responsabilidad del/la director/a asegurar la elaboración y aplicación de este marco, con la participación de todos los actores que forman parte integrante de la Residencia Familiar (niños/as y funcionarios). Dado que se requiere un nivel de conocimiento de los niños y niñas, y de las dinámicas propias que se generen entre ellos, y entre éstos y el equipo de la residencia, éste marco se debe elaborar en un plazo máximo de 3 meses desde el inicio de funcionamiento de la residencia, y debe ser socializado con todos/as, en especial, cada vez que ingresa un nuevo niño, niña, o miembro del equipo a la RF.

En otro ámbito de acción, se debe estimular a que el niño o niña registre – de forma periódica y cotidiana en su **Cuaderno de Vida** su experiencia en la Residencia Familiar, lo que le ha ocurrido y cómo se siente, puede constituirse –si el niño/a así lo permite– en un elemento de trabajo con la figura de

referencia (tutor/a) y con el/la psicólogo/a. Dicho registro puede contribuir, además, al monitoreo de los avances y cambios experimentados en los diferentes ámbitos de su vida, desde que ingresó a la residencia. También ayuda a evidenciar los aspectos que no se ha logrado movilizar y que aún afectan su bienestar.

A fin que el niño o niña sienta la residencia como un espacio propio, el equipo debe instalar prácticas que favorezcan las invitaciones de sus amistades a la residencia. Del mismo modo, dichas amistades y otras personas cercanas al niño o niña deben ser invitadas a las celebraciones de sus cumpleaños y otras celebraciones significativas para él/ella.

La participación real de los niños y niñas debe estar garantizada en todos los hitos del proceso, no sólo referida a su derecho a dar su opinión, sino que ésta debe ser tomada en cuenta para la toma de decisiones respecto a las situaciones que le competen. Es así como el/la director/a y encargado/a de vida familiar de la residencia, son responsables de asegurar que se realicen **Espacios de Encuentro o Reunión** quincenal y cada vez que se presente alguna situación que requiere abordaje grupal, con todos los niños y niñas presentes en la Residencia Familiar, destinados a abordar temas como reflexiones sobre sus procesos individuales y/o grupales, elaboración, aplicación y actualizaciones al marco de convivencia de la residencia, organización de actividades grupales, expectativas y anhelos que contribuyan a su bienestar, entre otras. Cada reunión debe ser parte de la rutina de funcionamiento habitual de la residencia, de manera que contribuya a fortalecer la participación y rol protagónico de los niños y niñas. Esta

instancia está pensada independiente de los diálogos e interacciones cotidianas que se espera que se realicen por los distintos miembros del equipo, orientados a abordar algún



requerimiento específico del niño o niña, preocupación que éste/a pudiera tener, o sobre actividades de la rutina, entre otros.

Finalmente, será clave la **consistencia** que se logre en el actuar de todos los adultos que componen el equipo de la residencia, ya que es la base para que se genere confianza y estabilidad en los niños y niñas. Si éstos observan que existe un trabajo coordinado y alineado entre todos los miembros del equipo (ya sea de los diferentes turnos, estamentos o roles); facilitará que los niños y niñas puedan vivenciar un mundo más claro, seguro y predecible. En este sentido, es fundamental que los acuerdos

que se adopten sean extensivos al equipo completo, y que las entregas de turno sean realizadas de forma rigurosa, por escrito, en el Libro de Novedades de la residencia, respetando los acuerdos adoptados en el turno anterior en pro de mantener una coherencia que beneficie al niño o niña.

#### Intervención terapéutica con el niño o niña

La intervención terapéutica con el niño o niña se orienta a contribuir a la elaboración de experiencias de vulneración sufridas por éstos/as, a fin de que puedan ser integradas en su continuo vital, logrando una mejora en su sensación de bienestar personal. Consta de dos niveles de acción, los cuales se relacionan y nutren bidireccionalmente y actúan de manera complementaria: acompañamiento terapéutico y psicoterapia al niño o niña.

El **acompañamiento terapéutico** al niño o niña corresponde a todas aquellas intervenciones que se realizan al interior de la Residencia Familiar, basadas en el componente de la residencialidad emocionalmente segura anteriormente desarrollado, que tienen un sentido terapéutico que es beneficioso para él/ella. Cabe señalar, que estas acciones pueden ser planificadas, tanto por uno o más integrantes del equipo, pero también podrían surgir intervenciones espontáneas en la interacción cotidiana con el niño o niña que son necesarias de abordar adecuadamente. Por tanto, los responsables de realizar las acciones en este nivel son la totalidad de los integrantes del equipo de la residencia, aun cuando el/la encargado/a de vida familiar, los

tutores/monitores, y la dupla, tienen un rol preponderante en la articulación de las acciones en este nivel.

Se trata de un acompañamiento durante las actividades de la vida cotidiana del niño o niña, ya sea dentro de la residencia, como también las que realiza fuera de ésta, que contribuyan a desarrollar los objetivos del plan de intervención individual del niño o niña. El acompañamiento terapéutico corresponde a una arista del contexto seguro y protector en el cual se sustentan todas las demás intervenciones, por lo tanto, se deben propiciar las condiciones que aseguren el desarrollo de este espacio/ambiente.

Un aspecto relevante de abordar en este nivel de acompañamiento es lo referente al ámbito de la sexualidad de los niños y niñas, desde un enfoque de derechos acorde al nivel de autonomía progresiva propio de la etapa. Se plantea el abordaje, desde el marco de la promoción y prevención continua de la salud sexual y reproductiva<sup>10</sup> con foco en el curso de vida, y está en concordancia con el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes 2018 (MINSAL). Es en la adolescencia cuando éstos aspectos se tornan más relevantes, ya que surge en los niños/as la atracción sexual y las primeras decisiones asociadas a su salud sexual y reproductiva, por lo cual será fundamental que el equipo de la residencia oriente a los niños y niñas a reflexionar sobre su conducta personal, basada en la afectividad, orientada a la

---

<sup>10</sup> Se entenderá por la atención de la salud sexual y reproductiva como “el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Por supuesto que incluye también la salud sexual, cuyo objetivo, es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales

adopción de conductas saludables. Se requiere por parte del equipo, un abordaje con un estilo horizontal y apoyador (no directivo), generando espacios de escucha, acogida y aceptación de la diversidad, entregando información que fomente el desarrollo de conductas responsables, canalizando todas y cada una de las inquietudes existentes del ámbito de la sexualidad en forma integral, garantizando la confidencialidad y respeto a su intimidad. Es así, como se debe favorecer en los niños/as un mayor conocimiento de sí mismos/as que les permita comprender y aceptar la etapa de desarrollo humano que están viviendo, integrando la afectividad y sexualidad como parte integral de su desarrollo. Lo anterior, se espera que sea complementado con la oferta que brinda la atención primaria de salud, a través del modelo de atención denominado “*Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva*” (MINSAL, 2016), a la cual pueden acceder los niños/as de la residencia, a través de los CESFAM.

El segundo nivel de acción de la intervención terapéutica es la **psicoterapia** con el niño o niña. Este nivel es posible de lograr, toda vez que exista un proceso de acompañamiento (acompañamiento terapéutico), con otros que favorezcan la reflexión en torno al sí mismo y al evento que genera desequilibrios (Capella, 2011).

La psicoterapia es una forma de intervención terapéutica realizada por un profesional psicólogo/a, la cual promueve el

y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual, tal como se afirma en los ámbitos científicos e institucionales que abogan por la salud” p.59. “Guía Práctica Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes”. Orientaciones para los equipos de Atención Primaria. MINSAL, 2016

logro de cambios de aspectos relacionados con la salud psíquica, la integración de las experiencias en el continuo vital, y el bienestar de las personas. Por tanto, la psicoterapia debe ser realizada por el/la psicólogo/a de la Residencia Familiar con formación en este tipo de intervención, pudiendo ser acompañado en ocasiones, por el/la trabajador/a social que compone la dupla, en calidad de co-terapeuta.

La psicoterapia promueve que el niño/a pueda continuar con el logro de las tareas evolutivas del desarrollo, propias del ciclo vital. De esta manera, la psicoterapia estará orientada a resignificar las experiencias de vulneración que ha vivenciado el niño/a, a fin que se contribuya a integrarlas de manera paulatina a su continuo vital, junto con trabajar aquellos aspectos de la vida que le conflictúan o le generan discomfort, comprender de mejor manera la experiencia residencial, y el fortalecimiento de recursos personales. Por lo tanto, los objetivos que surjan de este trabajo deben ser construidos a partir de la necesidad del niño o niña y del momento presente en el que se encuentra. Esto, obviamente dependerá del *timing* del niño o niña, es decir, del ritmo psíquico propio para resolver aquellas conflictivas que lo han acompañado hasta el ingreso a la residencia, y de acuerdo a la etapa de su ciclo de vida.

Lo anterior implica que no todos los niños o niñas van a estar preparados para desarrollar un proceso de psicoterapia - centrado en la resignificación de experiencias que para él o ella son dolorosas- durante su estadía en la Residencia Familiar. Sin embargo, se debe ofrecer este espacio y evaluar desde la expertiz del profesional, cuáles son las necesidades prioritarias para cada niño/a, hasta concordar un motivo de trabajo que le

haga sentido de tal manera que se apropie y se constituya en un espacio protegido.

Frente a las trayectorias de vida experimentadas por los niños y niñas en cuidado alternativo residencial, es necesario que el proceso psicoterapéutico sea respetuoso de los tiempos y las características e intereses de cada uno de éstos, entendiendo que dar curso a un proceso de dicha naturaleza debe ser evaluado conforme a la situación de cada niño o niña resguardando su bienestar. Es decir, el inicio de un proceso psicoterapéutico no debe intencionarse hasta tener certeza que el niño o niña se siente cómodo/a, seguro/a y tranquilo/a en el espacio residencial.

En el caso que se evalúe que se requiera el espacio psicoterapéutico para el niño/a, éste podría iniciarse durante cualquier momento del proceso de intervención de acuerdo a la necesidad detectada por el niño/a, su familia o adulto referente y el equipo, incluso habiendo iniciado el hito 4 (intervención en el domicilio). Sin embargo, se debe tener el resguardo de no iniciar este proceso si el niño/a está próximo a egresar de la residencia, en cuyos casos se debe externalizar esta intervención.

Tal como se señaló anteriormente en el desarrollo del componente de intervención terapéutica al niño o niña, que la realización de psicoterapia no implica sólo la atención al niño o niña dentro de un espacio protegido (espacio tradicional), sino que se espera que se propicien intervenciones en las actividades de la vida cotidiana, tales como durante salidas con el niño o niña, en los espacios comunes de la residencia,

actividades de juego, u otras, que de alguna u otra forma apunten al logro de los objetivos propuestos.

Para ello, se espera que los distintos miembros del equipo puedan actuar como soporte emocional después de realizadas las sesiones individuales (con frecuencia semanal) con el niño o niña, en las que se hayan abordado temáticas que lo/la movilicen. Esto debe ser informado oportunamente por el/la psicólogo/a a los restantes integrantes de la residencia que ejercen esta función de soporte. Por lo mismo, a fin de no recargar emocionalmente el espacio de despliegue cotidiano, es relevante usar espacios diferenciados para la atención del psicólogo/a o para el diálogo personalizado por parte de los otros profesionales del equipo.

A continuación, se presentan las consideraciones y criterios de exclusión para realizar un proceso psicoterapéutico a cargo de Residencia Familiar. Cabe señalar, que es responsabilidad del equipo de la RF trabajar para generar las condiciones que favorezcan el desarrollo de un proceso psicoterapéutico.

Consideraciones para realizar psicoterapia	Criterios de exclusión
La protección del niño o niña está asegurada.	Presencia de cuadro psiquiátrico que altere el nivel de funcionamiento global del niño o niña. Desarrollo de un proceso psicoterapéutico en otro espacio (fuera de la RF).
Se ofrece un espacio protegido y de confianza.	
Existe motivación del niño/a para realizarla y estima que irá en su beneficio.	

También, se debe incorporar en la intervención individual, el proceso de atención de salud mental, cuando corresponda. Si el niño o niña requiere de atención psiquiátrica y no cuenta con horas de atención oportuna en el dispositivo de salud pública correspondiente, se deberá gestionar el acceso a la atención de un psiquiatra particular con recursos propios de la Residencia Familiar. Eventualmente, atendiendo a la complejidad de la situación del niño o niña, se deberá gestionar la participación de este profesional en reuniones de análisis de caso haciendo uso de los mismos recursos.

En aquellos casos en que un médico prescriba un tratamiento farmacológico, ya sea por problemas de salud física o mental, el equipo de salud (técnico en enfermería de la residencia y enfermera del equipo de soporte regional), deberá desarrollar acciones educativas con los niños y niñas, a fin de asegurar una adecuada administración, comprensión de efectos y sentido de la indicación médica para obtener su colaboración.

#### Intervención Familiar

La intervención familiar busca restituir el derecho de los niños y niñas a vivir en familia. Por ello la dupla psicosocial debe trabajar colaborativa y coordinadamente con el equipo de intervención (tutores, monitores, encargados/as de vida familiar y terapeutas ocupacionales), a fin de articular el trabajo de fortalecimiento para el ejercicio de la parentalidad y la promoción de una dinámica familiar protectora y bien tratante.

Si bien en primera instancia el trabajo se orienta a que la familia de origen pueda retomar el cuidado del niño o niña, en aquellos casos en que aquello no será posible, se debe identificar qué

otros adultos (familiares, relacionados, de acogimiento o familia adoptiva) podrían asumir dicha función.

La dupla psicosocial en conjunto con los demás miembros del equipo de intervención residencial debe coordinar las visitas de la familia a la residencia con la mayor periodicidad posible, favoreciendo la participación de la misma en espacios cotidianos del niño o niña tales como la alimentación, realizar tareas, lavarse los dientes, jugar o leer, entre otras. Lo anterior, siempre y cuando no exista una contraindicación expresa, debido al alto riesgo al bienestar que implica la vinculación del niño o niña con dicho adulto.

El equipo por tanto debe favorecer que las visitas de la familia o adultos relacionados ocurran desde el primer día desde el ingreso del niño o niña a la residencia, siendo flexible a los horarios de la familia. Sin desmedro de lo anterior, las visitas son programadas con anticipación a fin de poder ofrecer a los niños y niñas un ambiente predecible. Estos encuentros regulares, concertados y autorizados por el o los profesionales responsables, deberán concretarse como **mínimo una vez por semana** en la Residencia Familiar, promoviéndose que ocurran con la mayor frecuencia posible, siempre considerando excepciones para familias que expongan razones plenamente justificadas que les imposibiliten acudir a las visitas con tal frecuencia, tales como hospitalizaciones, viajes u otras. En esos casos, el equipo residencial fomentará igualmente el contacto, llevando al niño/a al encuentro, por ejemplo, en el lugar de hospitalización o mediante comunicación telefónica o virtual, de forma de mantener el proceso de acercamiento,

revinculación y responsabilidad del adulto respecto del sujeto de atención.

Del mismo modo, en la primera visita de las personas a la residencia, el/la encargado/a de vida familiar, en compañía de un integrante de la dupla, le explica las normas de convivencia que son respetadas por todas las personas en la residencia y las consecuencias asociadas a su incumplimiento, explicitando que estos no podrán implicar el quiebre del contacto entre el niño o niña y su familia, a menos que ello refiera a una necesidad de protección.

En el caso de hermanos/as que puedan encontrarse ingresados en otra residencia de protección, se deberá facilitar y promover los encuentros, realizando coordinaciones con el organismo responsable para concordar los días y horarios de encuentro e informar a las familias.

Todas las visitas deberán quedar registradas en el Libro de Novedades o de registro de visitas de la Residencia Familiar. Asimismo, deberá quedar un registro de todas aquellas personas que tienen prohibición de acercamiento a un determinado niño o niña, a fin de que todo el equipo cuente con esta información. Además, el equipo residencial deberá registrar en Senainfo y en los avances del Plan de Intervención Individual las visitas, los encuentros en la Residencia Familiar y la permanencia del niño o niña en el domicilio familiar.

Durante las visitas, así como en sesiones independientes de la visita, el equipo realizará acciones para promover el desarrollo de las habilidades y dinámicas necesarias para el ejercicio de la parentalidad.

A continuación, se especifican los **tres ejes de la intervención familiar** que deben ser abordados terapéuticamente, junto con señalar el profesional que debe liderar las acciones, siempre en complementariedad con los demás integrantes del equipo residencial, de acuerdo a las necesidades de cada caso:

- a) Fortalecimiento de competencias para el ejercicio de la parentalidad. Se trabaja en función de los recursos observados en la familia o adulto, en las visitas domiciliarias, que pueden ser movilizados para ayudar a la familia a desarrollar los aspectos más débiles o áreas de necesidad (trabajador/a social).

El equipo aborda ejes centrales para la protección y cuidado de los niños y niñas:

- (1) Capacidad de la familia para identificar y abordar los factores de riesgo que interfieren con la protección del niño o niña.
- (2) Capacidad de la familia para identificar y fortalecer sus características que favorecen el cuidado y protección del niño o niña.
- (3) Satisfacción de necesidades básicas del niño o niña, haciéndose necesario vincular a la familia a las redes de protección social necesarias a fin de resguardar la satisfacción de éstas.

- b) Elaboración sobre las experiencias de parentalidad. Se trabaja mediante intervenciones grupales, que buscan favorecer la construcción de redes y la asimilación de las experiencias propias a través del diálogo y expresión de

situaciones relacionadas por terceros; e individuales con la familia o adultos, buscando abrir los contenidos del pasado, del presente y las expectativas y deseos para el futuro, a fin de trabajar desde el propio imaginario sobre cómo construir una forma de ejercer la parentalidad basada en el buen trato y promoción de vínculos afectivos seguros. El énfasis debe estar puesto en las fortalezas de las familias o adultos referentes, sus recursos, lo que les ha dado resultado anteriormente, y aquello que les trae bienestar (psicólogo/a).

- c) Abordaje de la dinámica e interacciones familiares.

Mediante visitas domiciliarias y otros espacios posibles de encuentro entre el niño o niña y su familia, se trabaja con la totalidad del grupo familiar, para reforzar el trato y las pautas de convivencia entre sus integrantes y el despliegue de herramientas de los adultos que asumen el cuidado respecto de:

- (1) Orientación conductual mediante el establecimiento de límites, la promoción de la autonomía y el modelamiento respecto del respeto y cuidado por otros/as.
- (2) Promoción del bienestar emocional mediante el establecimiento de un ambiente emocionalmente seguro, la regulación de la expresión emocional y el desarrollo de espacios de interacciones de calidad.
- (3) Promoción de habilidades sociales mediante el refuerzo de las relaciones de amistad, la

participación en espacios de recreación, deporte y cultura; y la formación valórica.

- (4) Promoción del desarrollo cognitivo favoreciendo el desarrollo de un proyecto educativo, facilitar la ejecución de tareas escolares, incentivar la búsqueda y exploración del niño o niña (dupla con apoyo del/la terapeuta ocupacional y tutor/a de referencia), en función de las necesidades de intervención y abordaje.

Los niveles de profundidad y metodologías para el abordaje de las temáticas, se realizan en función de lo levantado en el proceso de evaluación y se trabaja de forma progresiva a fin promover la logros consecutivos y observables por la familia y el niño o niña.

#### Articulación con Redes de Protección

Conjuntamente, el proceso de intervención exige la **articulación con otros co-garantes a nivel local**, a fin de asegurar el ejercicio de derechos de cada niño o niña y la promoción de su desarrollo integral. Por tanto, en función de lo levantado en el proceso de evaluación, el equipo de intervención debe realizar las gestiones y acompañamientos necesarios para activar las redes específicas en cada caso.

---

<sup>11</sup> En el caso de niños/as que asistan a establecimientos educacionales, de detectarse situación de exclusión o trato discriminatorio en este espacio, la dirección de la residencia debe realizar la denuncia en respectiva Superintendencia Regional de Educación. Esta entidad cumple un rol fiscalizador del cumplimiento de los

Dada las características de los niños y niñas que ingresan a la Residencia Familiar, es prioritaria la vinculación con el servicio de salud y educación. Por tanto, el equipo es responsable de garantizar la asistencia a todos los controles, vacunas, autocuidado y todas aquellas atenciones primarias y de especialidad requeridas, y debe organizarse para acompañar al niño o niña a la totalidad de las horas de atención.

Para el ejercicio del derecho a educación, la dirección de la Residencia Familiar asegurará que el/la trabajador/a social y el/la terapeuta ocupacional evalúen y concreten alternativas de incorporación o reinserción escolar, acordes a cada niño o niña, activando todos los mecanismos formales existentes para hacer exigible este derecho. Ello implica realizar gestiones para conseguir matrículas en establecimientos educacionales cercanos o evaluar alternativas de nivelación escolar –según requerimientos y necesidades educativas de cada niño/a– y generar estrategias de mantención en su trayectoria educativa –mediante una rutina diaria que refuerce y favorezca los aprendizajes (acompañamiento en tareas, estudios, lecturas, preparación de exámenes, realización de evaluaciones psicopedagógicas o psicométricas), y disponer de equipamiento y material educacional/didáctico–.<sup>11</sup>

requisitos exigidos para mantener el reconocimiento oficial del Estado como establecimiento educacional y, dentro de sus funciones, se encuentra solicitar mediaciones y atender denuncias o reclamos ante situaciones que vulneren los derechos de estudiantes. Previo a ello, es posible también recurrir a la Corporación de Educación local.

Los profesionales antes mencionados deben priorizar la asistencia de los niños y niñas a instituciones de educación



formal (liceos o colegios), que promuevan no sólo el logro de hitos académicos, sino también la integración social y promoción de habilidades sociales.

En aquellos casos en que exista un rezago escolar significativo, que coarte la posibilidad de vincular al niño o niña a un establecimiento educacional de manera tradicional, se deberá lograr el acceso a alternativas de re-escolarización.

En aquellos casos en que el niño o niña aun no cuente con un adulto significativo con el que se esté trabajando para el egreso,

el/la tutor/a de referencia u otro funcionario/a que se defina debe participar en las reuniones en el establecimiento educacional, a fin de reforzar –con el respectivo equipo psicosocial y pedagógico– las estrategias de cuidado para promover su bienestar y coordinar las acciones ante una situación que pueda afectar su estabilidad emocional.

Por su parte, el/la trabajador/a social y el/la terapeuta ocupacional, evaluarán y propiciarán la inserción y adhesión a talleres deportivos, artísticos u otros, de acuerdo a las características, necesidades y motivaciones de cada niño/a.

#### *Evaluación del Plan de Intervención Individual (PII)*

La ejecución del Plan de Intervención a nivel individual, familiar y comunitario, es evaluada en forma regular durante todo el proceso de intervención. Incluye hitos al finalizar cada trimestre, como ejercicio previo al envío del informe de avance al Tribunal, que describe los avances o logros, los retrocesos y factores asociados, como también las novedades relevantes.

La evaluación del Plan de Intervención exige realizar **sesiones programadas de reflexión** técnica del equipo residencial, con niños y niñas y adultos participantes, con el equipo de salud, educación u otro programa de la red local en el que participen.

En las sesiones de trabajo técnico, se dialoga en torno al análisis del equipo residencial (duplas, tutores, terapeuta ocupacional y tens), respecto de los avances en los objetivos propuestos y el logro de los resultados esperados, concordando acciones y estrategias a seguir o enfatizar.

Con los niños y niñas, familias y/o adultos relacionados, se aborda la percepción acerca de las interacciones con los profesionales de la residencia y la percepción de apoyo del personal de cuidado diario; los avances o cambios favorables que valoran, las dificultades experimentadas y las posibles acciones de solución o sugerencias.

Como resultado de este ejercicio evaluativo puede resultar necesario incorporar ajustes o cambios en los objetivos, estrategias y actividades del Plan de Intervención, en pro de obtener mejores resultados que beneficien al niño o niña. Tales cambios deben quedar consignados en Senainfo y en la carpeta individual.

La evaluación sistemática de los casos y planes de intervención es una práctica imprescindible de los equipos, así como dar

cumplimiento a la obligación de enviar trimestralmente<sup>12</sup> los



respectivos informes al Tribunal con competencia en materia de Familia<sup>13</sup> que ordenó la internación, incluyendo sugerencias

---

<sup>12</sup> El artículo N°76 de la ley N°19.968 de Tribunales de Familia establece que, a través de los Informes de Permanencia, los/as directores/as de las Residencias 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 y el ingreso a la residencia.

<sup>13</sup> Estos Informes denominados “de Permanencia” o también “Informes de Avance” dan cuenta de los procesos de intervención desarrollados de acuerdo a los respectivos Planes de Intervención Individual, poniendo en conocimiento del Tribunal de Familia los elementos relevantes, con información precisa para la toma de decisiones; señalando los avances, novedades o hechos relevantes en términos claros y precisos, con descripción de las conclusiones y sugerencias que se someten a la autorización del Tribunal, tales como dar continuidad o término al proceso de intervención, necesidad de derivación a un programa especializado, entre otras. En

destinadas a la toma de decisiones oportunas que garanticen el bienestar y protección del niño o niña. El/la director/a será responsable de velar porque esto se cumpla, junto con el abogado de soporte regional. Se debe considerar que el Tribunal podría estipular una periodicidad distinta, más frecuente, para la emisión y envío de los informes desde la Residencia Familiar. En cuanto al análisis y evaluación sistemática de los casos, el supervisor clínico junto con las duplas, deberán velar porque se dé cumplimiento al análisis periódico de éstos.

Todo evento extraordinario y relevante que surja durante el proceso de intervención –y que demande una respuesta pronta y específica por parte del Tribunal competente– debe ser informado en cualquier momento, sin esperar la fecha del informe trimestral<sup>14</sup>, particularmente si contribuye al bienestar o favorece el pronóstico de egreso.

Ante cambios importantes, también es posible que la Residencia Familiar solicite al Tribunal de Familia la revisión de la medida de protección. Por ejemplo, si la familia se traslada a otra región o si se perfila la posibilidad de derivar el caso a un proyecto de Familia de Acogida Especializada. Antes de oficializar los antecedentes al Tribunal y solicitar la autorización para realizar el cambio de la medida de protección, es necesaria una coordinación previa con el proyecto respectivo. En

---

todos los casos, el informe tiene como fin último evitar la prolongación innecesaria del niño/a en el sistema de cuidado alternativo residencial.

<sup>14</sup> Ejemplos de información relevante al Tribunal son: solicitud de nombramiento de curador ad litem; solicitud de audiencia reservada para el caso; solicitud de

cualquier decisión que se proponga es necesario incluir la opinión del niño o niña, de los adultos participantes en el proceso y del equipo de la otra región o de la otra modalidad que asumiría el caso, de acuerdo a los lineamientos estipulados por el Servicio (Circular N°10 de junio de 2013), todo ello en coordinación con el abogado de soporte regional y el Curador ad litem del niño o niña.

Respecto del trabajo con la familia con la que se pronostica el egreso, **a los seis meses** de iniciado del plan de intervención, es recomendable realizar un completo análisis evaluativo, incluidas pruebas y/o herramientas utilizadas en la evaluación de integral<sup>15</sup>. Si se verifica que los resultados son favorables, se solicita dar inicio a la fase de intervención en el domicilio, trabajo liderado por la misma dupla, habiéndose logrado un piso base de protección, y el aumento paulatino del cuidado del niño o niña por parte de los adultos con los que se ha trabajado el egreso y que da lugar a la permanencia progresiva –una vez que sea autorizada por el Tribunal de Familia– en el hogar donde vivirá definitivamente al egresar de la Residencia Familiar.

Para dar inicio al siguiente hito (intervención en el domicilio), es necesario haber trabajado en el acercamiento paulatino y sucesivo del niño o niña al grupo familiar con el que se está trabajando, comenzando con salidas con la familia o adulto

derivación a un programa ambulatorio; solicitud de revocación del pre-egreso, entre otros.

<sup>15</sup> La práctica indica que seis meses de intervención sostenida con los sujetos de atención y la familia o los adultos relacionados, es un tiempo razonable para obtener avances y logros.

referente a actividades concretas, salidas por el día, luego con pernoctación de una noche, salidas por el fin de semana, hasta llegar a la vinculación más permanente, todo lo cual debe ser acompañado, monitoreado y evaluado de cerca por los profesionales de las duplas psicosociales.

Si la evaluación muestra que no se ha logrado mayores avances para que estos adultos asuman la protección del niño o niña, se requiere que la residencia redefina los objetivos y las personas con las que trabajará para su egreso.

#### HITO 4: INTERVENCIÓN EN DOMICILIO

La intervención en domicilio, busca promover que la familia reunificada o recién vinculada cuente con un soporte que les permita asumir el nuevo desafío de la mejor manera posible, previniendo situaciones que pudieran implicar una nueva separación.

De este modo entonces, esta fase refiere a un proceso de acompañamiento y ajuste del niño o niña y su familia. Durante este periodo, serán acompañados por un plazo máximo de un año por la dupla psicosocial, la cual tiene especialización en intervención con niños/as y familias, con la que han estado trabajando durante todo el proceso de intervención, y se podrán sumar otros integrantes del equipo de la residencia y del intersector en la medida que sea requerido para promover el bienestar del niño o niña y su familia.

El paso al cuarto hito de intervención refiere a la conclusión de una evaluación del proceso de intervención en la que participan

los niños, niñas, sus familias, el equipo y en caso de ser necesario los actores de la comunidad que han sido parte del proceso.

En dicha evaluación debe analizarse si la familia con la que se ha estado trabajando durante la estadía en la residencia, cuenta con las herramientas suficientes para garantizar la protección y asumir el cuidado cotidiano de los niños y niñas, con apoyo del equipo especializado en intervención de la residencia. Es decir, si la familia tiene las competencias para proveer apoyo emocional, cognitivo, físico y social al niño o niña en su proceso de desarrollo (Jonhson, Berdahls, Horne, Richter y Walters, M, 2014, p.94).

Por tanto, el proceso de incorporación del niño o niña al domicilio de su familia es progresivo y comienza con estadías diurnas, para luego avanzar a estadías con pernoctación y finalizar con la estadía permanente en el domicilio de la familia, todo lo cual debe ir siendo informado y autorizado por el tribunal con competencia en materia de familia.

Para dar inicio al proceso de intervención en el domicilio, la dupla psicosocial en conjunto con la familia, deben haber analizado los factores de riesgo que actúan como agentes que interfieren en el adecuado cuidado y protección del niño o niña. Al analizar los factores de riesgo, los equipos y la familia no sólo deben analizar las situaciones propias de la familia que dificultan el ejercicio de la parentalidad sino, ineludiblemente, deben analizar también los factores externos que les afectan. Esto pues las características de la comunidad en donde viven, la existencia o no de focos de contaminación ambiental (aire,

ruidos, otros), la proximidad o carencia de redes de protección social como son el establecimiento educacional y de salud, entre otras, afectan el bienestar global de las personas y, por tanto, en aquellos casos en que se evidencian como un obstaculizador para el ejercicio adecuado de la parentalidad, es necesario que se definan estrategias de mitigación de su efecto.

Asimismo, todas las partes deben reconocer los factores protectores propios de la familia y aquellos de la comunidad, a fin de construir en función de éstos las estrategias de cuidado y mitigación de las situaciones intervinientes.

Es decir, con el paso a este hito de la intervención, no se espera que la familia logre resolver todos los desafíos del cuidado de forma autónoma o que no se vean enfrentados a situaciones de crisis durante la práctica del cuidado diario, pues aquello no se logra en ningún grupo familiar.

El trabajo con la familia por parte de la dupla, se realiza mediante un acompañamiento que inicialmente es de periodicidad mínima semanal, y que luego –en función de los logros de los objetivos de la intervención disminuye progresivamente su frecuencia, hasta el egreso.

El plan de intervención de los niños y niñas debe plantearse desde el ejercicio del cuidado por parte de la familia, incorporando al niño o niña y a los actores comunitarios relevantes para este ejercicio.

Durante el proceso de intervención en el domicilio se refuerzan los logros de la intervención familiar obtenidos mientras el niño o niña permanecía en la residencia, mediante el despliegue de

estrategias que permitan el fortalecimiento de diversos ámbitos asociados al cuidado de los niños y niñas, considerando entre ellos conocimientos y habilidades que idealmente los adultos presentan previo al ejercicio de la parentalidad.

Por otra parte, los aspectos funcionales refieren al ejercicio efectivo de la parentalidad, es decir, son el eje central de la intervención en esta fase, en tanto el paso a la intervención en el domicilio implica una evaluación positiva sobre la posibilidad de asegurar el bienestar y protección de los niños y niñas, se espera que las habilidades fundacionales para la parentalidad hayan sido trabajadas y en esta fase solo requieran de refuerzo.

Durante este hito de intervención, el equipo debe continuar profundizando respecto de dos de los ejes centrales para el ejercicio de la parentalidad, mencionados en el Hito 3 de la intervención

- a) Fortalecimiento de competencias para el ejercicio de la parentalidad: En función de los logros alcanzados durante la intervención en el Hito 3, el acompañamiento realizado por la dupla a nivel de competencias está asociado a:
  - (1) Refuerzo de las habilidades para la identificación y abordaje de los factores de riesgo presentes y potenciales que rodean e impactan en el cuidado y protección del niño o niña.
  - (2) Resguardar la vinculación con redes de protección social y comunitaria que contribuyan al bienestar de los/as integrantes de la familia.

b) Abordaje de la dinámica e interacciones familiares:

Durante el acompañamiento en domicilio, la dupla trabaja directamente con los diferentes integrantes del grupo familiar a fin de reflexionar y configurar mejores formas de relacionarse. En ello es relevante trabajar no solo con los adultos, sino también con los niños o niñas sobre las prácticas personales que contribuyen y dificultan las dinámicas familiares.

Asimismo, se da continuidad a los ámbitos de la dinámica familiar trabajados durante el hito 3.

- (1) La orientación conductual, mediante el establecimiento de límites, la promoción de la autonomía y el modelamiento respecto del respeto y cuidado por otros/as.
- (2) Promoción del bienestar emocional, mediante el establecimiento de un ambiente emocionalmente seguro, la regulación de la expresión emocional y el desarrollo de espacios de interacciones de calidad.
- (3) Promoción de habilidades sociales, mediante el refuerzo de las relaciones de amistad, la participación en espacios de recreación, deporte y cultura; y la formación valórica.
- (4) Promoción del desarrollo cognitivo favoreciendo el desarrollo de un proyecto educativo, facilitar la ejecución de tareas escolares, incentivar la búsqueda y exploración del niño o niña.

Al igual el que el hito de intervención en la residencia, el plan de intervención de acompañamiento en el domicilio debe ser evaluado con una periodicidad mínima trimestral, en la cual se analicen y observen de forma permanente los logros y desafíos aun presentes para asegurar el bienestar y protección del niño o niña de forma sostenible en el tiempo.

Dichas evaluaciones tienen tres rutas posibles, (1) el equipo evalúa que, si bien la familia ha fortalecido aquellas habilidades que se observaban como desafíos pendientes para el ejercicio de la parentalidad, aún requiere de acompañamiento por parte del equipo para continuar reforzando y promoviendo un mejor despliegue en ciertos ámbitos.



Por otra parte, (2) el equipo evalúa que a pesar del trabajo que se ha desarrollado con la familia, el niño o niña se ha visto expuesto a nuevas situaciones de maltrato que no han sido abordadas adecuadamente por la familia, o bien a las que la familia lo/la ha expuesto. Por último, (3) el equipo evalúa que se han logrado los objetivos de la intervención, y la familia ya no requiere del acompañamiento de la dupla psicosocial para la sostenibilidad de los mismos. Por tanto, se inicia la preparación para el egreso y avanza hacia el quinto hito de la intervención. Cabe mencionar que, lo anterior no significa que la familia no requiera de acompañamiento de otras instancias de protección social y, por tanto, el equipo debe previo al egreso resguardar su vinculación a éstas.

#### HITO 5: EGRESO

El proceso de egreso propiamente tal, se concreta con la respuesta positiva del tribunal competente en materia de familia a la solicitud de modificación o cese de la medida de protección, debido a que se evalúa que se cuenta con las condiciones necesarias para dar término a dicho acompañamiento, definiendo que el vivir con la familia, es sostenible sin acompañamiento.

El egreso constituye un hito de cierre del proceso de intervención y es por ello que la residencia debe desarrollar acciones de carácter técnico y administrativo a fin de resguardar que el presente hito no propicie desajustes ni crisis en el contexto familiar.

---

<sup>16</sup> El egreso a otras residencias es de carácter excepcional y debe realizarse sólo en circunstancias relacionadas con: cambio de territorio de la familia,

Previo a la despedida de la residencia, se debe realizar una actividad de reflexión mediante el diálogo, juego u otra metodología, donde el equipo y el niño o niña y su familia pueden comentar lo que ha significado para ellos/as el proceso desarrollado, los avances experimentados respecto de su relación y los desafíos por venir.

El equipo, junto con los niños y niñas, pueden desarrollar una metodología para el hito de despedida que sea siempre igual con acciones específicas, en consideración de las características del niño o niña a quién se está despidiendo o bien contar, al igual que para la bienvenida, con un comité de egreso que esté a cargo de planificar una acción específica para cada niño o niña al momento del egreso.

Para ello deben considerarse los siguientes aspectos:

- Despedida de la Residencia Familiar, de sus pares y del equipo, en compañía de la familia de egreso o con un referente afectivo, en el caso de egreso a otra residencia<sup>16</sup>–.
- Es el momento en que se expresa en voz alta y ante todos/as los buenos deseos para la vida que inicia fuera de la Residencia Familiar, junto a la entrega de recuerdos de su estadía. Entre ellos es necesario que se contemple su cuaderno de vida e idealmente registro visual como fotografías de él/ella y sus compañeros de la residencia. Se puede propiciar también que reciba

actores del territorio constituyen un riesgo para el niño o niña, promover la mantención del vínculo con hermanos o hermana.

mensajes o dedicatorias de sus amistades o referentes significativos en la residencia.

- El equipo entrega a la familia de egreso, la documentación que corresponda (certificados de estudios y salud, diplomas, fotografías, otros).
- La actividad de cierre debe enfocarse en los logros y características positivas del niño o niña y su familia, propiciando que a futuro puedan recordar y permanecer activos respecto del cuidado y las dinámicas protectoras.

Respecto de las otras acciones técnicas y administrativas, el equipo (con el apoyo del abogado/a de soporte regional), debe hacer envío de informe al Tribunal correspondiente, solicitando el egreso formal del niño o niña de la residencia en el cual sintetiza los logros alcanzados (desde lo reportado en el último informe de permanencia o avance) con relación al estado de vulneración de derechos que originó su ingreso a la RF, y los cambios o logros alcanzados en el proceso de intervención<sup>17</sup>.

Una vez autorizado, por el Juez del tribunal con competencia en Familia, el egreso del niño o niña de la intervención residencial<sup>18</sup>, el equipo debe realizar el egreso en la plataforma Senainfo, e informar de éste a las redes de protección con las que se trabajó articuladamente durante el proceso.

El egreso también contempla que el niño o niña y su familia respondan una **encuesta de evaluación de satisfacción con la**

---

<sup>17</sup> No debe registrarse el egreso en la plataforma Senainfo mientras que no se cuente con la orden de egreso emitida por el Juez de competencia en Familia.

**intervención.** Dicha encuesta debe ser incorporada posteriormente en la evaluación que realizará el equipo y la dirección de la residencia, para identificar logros, nudos críticos del proceso, qué acciones dieron resultado y buscar alternativas para los objetivos no logrados o logrados parcialmente en futuros procesos de intervención con otros/as niños/as.

En síntesis, el egreso del niño o niña de la Residencia Familiar debe cuidar la coherencia con todo el proceso de intervención, por cuanto debe basarse en la certeza de que el niño o niña vivirá en un espacio de protección, contención y cariño, con uno o más adulto/s con quien pueda desarrollar un vínculo seguro y estable.

## Equipo de intervención

### Dotación de funcionarios en Residencia

El estándar de personal requerido para una Residencia Familiar de Adolescencia Temprana con una capacidad de atención de 15 niños y niñas es (Tabla 4):

<sup>18</sup> No es posible realizar el egreso de un niño o niña, si no existe una orden de egreso debidamente decretada y formalizada por un juez de un tribunal con competencia en materia de familia.

Tabla 4: dotación y estándar de funcionarios

ROL	DOTACIÓN	CALIDAD JURÍDICA	ESTAMENTO	JORNADA/ TURNO
Director/a	1	Contrata	Profesional	Completa
Encargado/a de vida familiar	3	Contrata	Profesional	Turno Rotativo Jornada Completa
Psicólogo/a	2	Contrata	Profesional	Completa
Trabajador/a social	2	Contrata	Profesional	Completa
Terapeuta ocupacional	1	Contrata	Profesional	Completa
Tutor/a diurno	9 (1x3)	Contrata	Técnico	Sistema de turno 3x2 día
Monitor/a nocturno	7 (1x4)	Contrata	Técnico	Sistema 3x2 noche
Técnico en enfermería nivel superior	3	Contrata	Técnico	Turno Rotativo Jornada Completa
Manipulador/a de alimentos	4	Contrata	Auxiliar	Turnos diarios
Conductor	1	Contrata	Auxiliar	Completa
Auxiliar de aseo	Servicio externo			Turnos diarios
Psiquiatra	Se contará con recursos para la atención de psiquiatra particular a los niños y niñas de la residencia (10 horas).			

Supervisor externo	Se contará con recursos para la supervisión clínica externa.	
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	

### Equipo de soporte

Personal que funcionará externamente a la Residencia Familiar, cuya dependencia administrativa será la Dirección Regional). La conformación de este equipo complementario dependerá del número de residencias con las que debe trabajar. Si bien se le denomina como “externo”, la labor del equipo de soporte se desarrollará presencialmente en las mismas residencias, por lo que su trabajo no será de ninguna manera “a distancia”.

El equipo regional de soporte a la Residencia Familiar es el que se muestra en la Tabla 5:

Tabla 5: dotación estándar equipo de soporte

ROL	DOTACIÓN	CALIDAD JURÍDICA	ESTAMENTO	TIPO DE JORNADA
Coordinador de Residencias	1	Contrata	Profesional	Completa
Gestor de Soporte a Residencias	1	Contrata	Profesional	Completa
Enfermera/o	1	Contrata	Profesional	Jornada parcial
Abogado/a	1	Contrata	Profesional	Jornada parcial

## Selección de personal

El proceso de selección de quienes integran el equipo de la residencia –sean nuevas contrataciones o reemplazos– se realiza conforme a los criterios y protocolos definidos por el Departamento de Gestión y Desarrollo de Personas de SENAME, cuyo propósito es garantizar la idoneidad de los funcionarios y que se cumplan las exigencias de formación y experiencia.

Las personas serán contratadas inicialmente por un período a prueba de tres meses.

Los funcionarios que se desempeñen en una Residencia Familiar, deben cumplir los requisitos generales para ingresar a la Administración del Estado, y no presentar inhabilidades e incompatibilidades para el ejercicio de la función pública establecidas en la normativa vigente.

Específicamente, no podrán ejercer funciones en una Residencia Familiar (en el equipo residencial ni en el equipo de soporte):

1.- Aquellas inhabilitadas para trabajar con niños o que figuren en el registro de inhabilidades para ejercer funciones en ámbitos educacionales o con menores de edad, que lleva el Servicio de Registro Civil e Identificación, en conformidad a la Ley N° 20.594 que Crea Inhabilidades para Condenados por Delitos Sexuales contra Menores y Establece Registro de Dichas Inhabilidades.

2.-Las que han sido condenadas por delitos en contexto de violencia y sus antecedentes se encuentren en el registro

especial que para estos efectos lleva el Registro Civil e Identificación, en conformidad con la Ley N° 20.066.

3.- Las que han sido condenadas por delitos sexuales, conforme a los Registros del Servicio de Registro Civil e Identificación.

El/la Director/a Regional, a través de la supervisión técnica, es responsable de asegurar la verificación de estos antecedentes una vez cada 6 meses, para todas las personas que desempeñen funciones en una Residencia Familiar.

## Inducción al rol y a la Institución

El personal contratado participará de la actividad de inducción institucional que realiza el Departamento de Gestión y Desarrollo de Personas de SENAME, para dar a conocer los valores institucionales, objetivos y consideraciones respecto al rol de los servidores públicos, conforme a las definiciones que se encuentren vigentes.

Sin perjuicio de lo anterior, los nuevos funcionarios participarán localmente de una inducción específica, de forma que tengan plena claridad acerca de las orientaciones técnicas del modelo de Residencia Familiar de Adolescencia Temprana, del rol que les corresponde y de las funciones específicas de sus cargos. Asimismo, conocerán los estándares de calidad de la atención e información explícita y por escrito de los comportamientos aceptables y los no permitidos con relación al trato hacia los niños y niñas. Dicha inducción se realizará preferentemente antes del ingreso de cada funcionario (salvo que por razones de buen servicio el funcionario deba incorporarse de inmediato).

## Desarrollo de las Personas

En consonancia con su Política de Personas, SENAME promoverá el desarrollo de las personas como medio fundamental para asegurar su buen desempeño y, por consiguiente, el mayor bienestar de niñas, niños y adolescentes.

Para ello, acompañará a los equipos y a sus jefaturas con un programa de reflexión y formación permanente, herramientas de evaluación del clima laboral y evaluación del desempeño, a fin de conocer las prácticas exitosas, corregir aquellas fallidas e identificar las variables asociadas a las personas que inciden en el éxito del proceso de intervención en la Residencia Familiar.

Para acompañar a los equipos se implementarán instancias de reflexión y análisis del desarrollo del modelo con los funcionarios de la Residencia Familiar, de manera que retroalimenten la evaluación técnica del mismo, permitiendo de ese modo su mejora continua y la sistematización de las buenas prácticas, tanto en protocolos como en otras herramientas que permitan gestionar el conocimiento.

Se evaluará periódicamente el clima laboral de los equipos, a efectos de conocer las variables que pudieran potenciar su desempeño e implementar consecuentemente acciones de mejora diseñadas desde los mismos equipos y ejecutadas con el apoyo de sus líderes y de la institución.

Se privilegiará la participación en programas de desarrollo de liderazgo y de habilidades directivas, proveyendo –de ser necesario– de acompañamiento para asegurar el buen ejercicio del rol. Asimismo, se evaluarán periódicamente las competencias y el logro de metas individuales de los funcionarios de las residencias, diseñando planes de desarrollo individual para cada funcionario.

Se buscará el perfeccionamiento del personal de las Residencias Familiares, por medio de programas de formación que considerarán tanto actividades tradicionales de capacitación (que deberán ser parte de los planes anuales de capacitación), como actividades internas de reflexión y análisis de su quehacer cotidiano en la intervención con niños, niñas y sus familias, promoviendo la generación de comunidades de aprendizaje.

## Cuidado del equipo

En el marco de un Plan Nacional de Autocuidado y Cuidado de Equipos,<sup>19</sup> las actividades de autocuidado estarán dirigidas a descomprimir las sensaciones, sentimientos y emociones sentidas como externalidades negativas por los profesionales y técnicos que trabajan en la Residencia Familiar.

Dichas actividades se orientan al desarrollo de estrategias de afrontamiento, de trabajo colaborativo y de apoyo mutuo en el equipo, a fin de prevenir el riesgo de sufrir burnout o desgaste profesional. En este punto, es fundamental poder relevar el

---

<sup>19</sup> Actualmente en elaboración en Departamento de Personas. Sename.

desarrollo de factores protectores, en virtud de la necesidad de cuidarse para poder cuidar a otros.

El director o directora de la residencia, debe ser capaz de detectar elementos o situaciones que puedan afectar el bienestar de los equipos y amenazar el mantenimiento de un clima interno que promueva una Residencialidad Emocionalmente Segura, pudiendo contar con el apoyo del supervisor clínico. De esta manera, se espera pueda discernir acerca de las respuestas más apropiadas para enfrentarlas, acorde a los recursos disponibles, a la realidad particular de cada residencia y con el apoyo del Servicio. En ese sentido, se requiere la realización periódica de instancias que aborden estas situaciones, de manera de ir monitoreando su estado y avance.

A fin de generar estrategias de formación permanente, que permitan a los equipos contar con las herramientas y habilidades para el abordaje de la intervención en el contexto residencial y de acuerdo al sujeto de atención en particular, se desarrollarán capacitaciones específicas para el trabajo con niños y niñas en el tramo de adolescencia temprana. Estas capacitaciones deben contener las características de este grupo etario y las principales herramientas recomendadas para favorecer una intervención exitosa.

## VII. INDICADORES

Indicadores de éxito del proceso de intervención

OBJETIVO GENERAL	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	RESULTADO ESPERADO	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Contribuir a la restitución del derecho a vivir en familia y a la resignificación de las experiencias de vulneración de niños y niñas en adolescencia temprana, ingresados a cuidados alternativos residenciales por orden de un tribunal con competencia en materia de familia.	Porcentaje de niños y niñas en residencia que egresan con una familia o adulto que asume su cuidado	$(\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas en residencia que egresan con una familia o adulto que asume su cuidado en periodo } t / \text{N}^\circ \text{ total de niños y niñas egresados de residencia en periodo } t) * 100$	80%	SENAINFO
	Porcentaje de niños y niñas egresados de la residencia por cumplimiento de los objetivos del PII que no reingresa a cuidados alternativos residenciales en un periodo de 24 meses	$(\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas egresados de la residencia por cumplimiento de los objetivos del PII que no reingresan a cuidados alternativos residenciales en un plazo de 24 meses en periodo } t / \text{N}^\circ \text{ de niños y niñas egresados de la residencia por cumplimiento de los objetivos del PII en periodo } t) * 100$	80%	SENAINFO

Indicadores de logro específico de resultados

El logro de los objetivos específicos de la Residencia Familiar se determinará mediante los indicadores que se describen a continuación.

El monitoreo periódico (tanto la autoevaluación del equipo como la evaluación de entidades externas a la Residencia Familiar) de estos indicadores, es indispensable para determinar si se están logrando los resultados esperados para enfocar las acciones pertinentes en caso que éstos no se estén alcanzando.

OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	RESULTADO ESPERADO	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Asegurar un espacio de protección y cuidado emocionalmente seguro acorde a las características y necesidades del niño o niña.	Porcentaje de estándares de calidad para la intervención psicosocial cumplidos por la residencia <sup>20</sup>	$(\text{N}^\circ \text{ de estándares de calidad para la intervención psicosocial cumplidos por la residencia en periodo } t / \text{N}^\circ \text{ total de estándares de calidad para la intervención psicosocial definidos por SENAME en periodo } t) * 100$	100%	Informes de supervisión técnica
	Porcentaje de estándares de calidad para el funcionamiento implementados por la residencia	$(\text{N}^\circ \text{ de estándares de calidad para el funcionamiento implementados por la residencia en periodo } t / \text{N}^\circ \text{ total de estándares de calidad para el funcionamiento definidos por SENAME en periodo } t) * 100$	80%	Informes de supervisión técnica
	Porcentaje de niños y niñas en residencia que participan en espacios de encuentro	$(\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas en residencia que participan en espacios de encuentro en periodo } t / \text{N}^\circ \text{ total de niños y niñas en residencia en periodo } t) * 100$	80%	Acta de reunión y lista de participantes

<sup>20</sup> Revisar anexo de estándares de calidad Residencias Familiares

Desarrollar un proceso de intervención que contribuya a la resignificación de las experiencias de vulneración de derechos vivenciadas por el niño o niña	Porcentaje de niños y niñas egresados de residencia que cumplen los objetivos del PII	(N° de niños y niñas egresados de residencia con objetivos del PII cumplidos en periodo t / N° total de niños y niñas egresados en periodo t)*100	80%	SENAINFO Carpeta individual
	Porcentaje de niños y niñas con 30 días o más en la residencia que registran al menos dos intervenciones directas de dupla psicosocial individual a la semana	(N° de niños y niñas con 30 días o más en la residencia que registran al menos dos intervenciones directas de dupla psicosocial individual a la semana en periodo t / N° total de niños y niñas con 30 días o más en residencia en periodo t)*100	80%	SENAINFO
Favorecer la (re) vinculación familiar del niño o niña con su familia, adulto de referencia y/o familia de acogida	Porcentaje de niños y niñas con permanencia hasta 30 días en residencia cuya familia cuenta con evaluación inicial	(N° de niños y niñas con permanencia hasta 30 días en residencia cuya familia cuenta con evaluación inicial en período t / N° de niños y niñas con permanencia hasta 30 días en residencia en período t)*100	90%	SENAINFO
	Porcentaje de niños y niñas con permanencia hasta 90 días en Residencia Familiar que registran intervenciones de evaluación familiar hasta tercer nivel jerárquico y de adultos relacionados	(N° de niños y niñas en Residencia Familiar que registran intervenciones de evaluación familiar semanales en periodo t / N° total de niños y niñas con permanencia hasta 90 en periodo t)*100	75%	SENAINFO

Asegurar la vinculación territorial del niño o niña y su familia	Porcentaje de niños y niñas en residencia que asisten al sistema escolar	$(\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas en residencia que asisten al sistema escolar en periodo } t / \text{N}^\circ \text{ total de niños y niñas en residencia en periodo } t) * 100$	100%	SENAINFO
	Porcentaje de niños y niñas en residencia que acceden a atención en sistema de salud cuando lo requieren	$(\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas en residencia que acceden a atención de sistema de salud cuando lo requieren en periodo } t / \text{N}^\circ \text{ total de niños y niñas en residencia en periodo } t) * 100$	100%	SENAINFO Carpeta individual
	Porcentaje de niños y niñas en residencia que asisten a actividades recreativas fuera de la residencia	$(\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas en residencia que asisten a actividades recreativas fuera de la residencia en periodo } t / \text{N}^\circ \text{ total de niños y niñas en residencia en periodo } t) * 100$	80%	SENAINFO

#### Indicadores de Calidad

Para asegurar que el proceso de intervención en la Residencia Familiar se está realizando con los estándares de calidad definidos, se monitoreará con los siguientes indicadores:

PROCESO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	RESULTADO ESPERADO	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Niños y niñas que cuentan con	Porcentaje de niños y niñas con tres meses o más en residencia que cuentan con una	$(\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas con tres meses o más en residencia que cuentan con una evaluación integral de calidad en periodo } t / \text{N}^\circ \text{ total de niños y niñas con}$	100%	SENAINFO

evaluaciones integrales de calidad <sup>21</sup>	evaluación integral de calidad	tres meses o más en residencia en periodo t)*100		
Niños y niñas que cuentan con un plan de intervención único coherente a lo recogido en la evaluación integral	Porcentaje de niños y con tres meses o más en residencia que cuentan con un plan de intervención único coherente a lo recogido en la evaluación integral	(N° de niños y niñas con tres meses o más en residencia que cuentan con un plan de intervención único coherente a lo recogido en la evaluación integral en periodo t /N° total de niños y niñas con tres meses o más en residencia en periodo t)*100	100%	SENAINFO
Asegurar proceso de intervención familiar	<i>Indicador de Calidad</i> Porcentaje de niños y niñas con permanencia entre 30 y 90 días en residencia cuya familia y adultos relacionados son evaluados con al menos una herramienta de evaluación de habilidades parentales	(N° de niños y niñas con permanencia entre 30 y 90 días en residencia cuya familia y adultos relacionados son evaluados con al menos una herramienta de evaluación de habilidades parentales en período t/ N° de niños y niñas con una permanencia entre 30 y 90 días en residencia en período t)*100	100%	SENAINFO

<sup>21</sup> Una evaluación integral de calidad es aquella que incorpora todos los aspectos mencionados en el sub apartado "Evaluación integral de ingreso".

## Metas transversales SENAME

Las siguientes metas transversales se consideran en toda modalidad programática de la oferta de protección de SENAME, y refieren a la calidad de la información que proporcionan los proyectos al Servicio y a la satisfacción que reportan los niños y niñas respecto de la atención recibida.

INDICADOR DE	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	META
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>22</sup>	(Sumatoria de los subtotales de las categorías oportunidad, información del proyecto sin dato, diagnóstico no registrado, e información de ingreso sin dato) /4	1,4% máximo de error
Satisfacción de usuarios respecto de la atención*	Porcentaje de la población atendida que califica favorablemente la atención recibida en la Residencia Familiar	(Nº de niños y niñas que califican favorablemente la atención recibida en la Residencia Familiar en el año t / Nº de niños y niñas atendidas en el año t) *100	80%
		(Nº de familias que califican favorablemente la atención recibida en la Residencia Familiar en el año t / Nº de familias atendidas en el año t) *100	80%

(\*): La evaluación de satisfacción de usuarios (encuesta a aplicar, categorías de evaluación y procedimiento de aplicación) será desarrollada por la Dirección Nacional del Servicio Nacional de Menores y ejecutada por la Residencia Familiar.

<sup>22</sup> El índice de calidad de la información será definido por el Servicio Nacional de Menores anualmente y será monitoreada a través de la plataforma SENAINFO.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

Aburto, M. (2017). Psicotraumatología: el trauma temprano. *Clínica e investigación relacional*,1(1), 91-109.

Ansell, N. (2005) *Children, youth and development* (1era ed.) Londres, Routledge

Aparicio, M; Lasa, B; & Torres, B (2013) Ajuste social y escolar de jóvenes víctimas de maltrato infantil en situación de acogimiento residencia. *Anales de psicología*, 29(1). Extraído diciembre 6 de 2017, desde [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-9728201300023&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-9728201300023&script=sci_arttext&tlng=pt)

Barton, S; González R; & Tomilson, P. (2012). *Therapeutic residential care for children and young people: an attachment and trauma-informed model for practice* (2da ed). Londres, Jessica Kingsley Publishers.

Barudy, J (2001) "*Maltrato Infantil - Ecología Social: Prevención y Reparación*" de la Editorial Galdoc. Chile

Becoña, E. (2006) Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, volumen 11, N°3.

Bowlby, J. (1969) *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.

Bowlby, J (1979) *The making and breaking of affectional bonds*. Londres: Routledge

Cabrolié M., Sanhueza L., Vásquez M., Aburto A., Mella C., Rain A., Troncoso J. (2014) *Modelo de Evaluación de Condiciones*

para la Parentalidad MECeP. En el marco de la política de protección de derechos de la infancia. FONDEF, Universidad Católica de Temuco, Fundación La Frontera.

Capella C., Gutiérrez C. (2014) Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: sobre la reparación, la resignificación y la superación. *Revista Psicoperspectivas Individuo y Sociedad*, volumen N°13.

Castañeda, P. (2015). Apego en la diada madre-hijo en pediatría: revisión bibliográfica. *Revista Psicomotricidad, Movimiento y Emoción* 1(1), 1-14. doi:<http://www.cies-revistas.mx/index.php/Psicomotricidad/article/view/21/pdf>

Cerezo, M. (2004) el impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar. *Infancia y aprendizaje*, 18(71), 135-157. Doi:10.1174/02103709560575541<https://>

Chile Welfare Information Gateway (2013) *Long-term consequences of child abuse neglect*. Washington, DC: US. Department of health and human services, Children's Bureau

Consejo Nacional de la Infancia. (2015). Estudio "Propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes" realizado por Miguel Araujo y Equipo. Santiago, Chile.

Disponible en: [http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/2\\_Propuesta\\_de\\_ruta\\_de\\_acompanamiento\\_al\\_desarrollo.pdf](http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/2_Propuesta_de_ruta_de_acompanamiento_al_desarrollo.pdf)

Correa, S, García; Jaramillo, C. (2001) *Cuadernos de Formación N°4*. Consejería de Educación, Comunidad de Madrid

Cruz, L. (2014). Hermenéutica del Trauma. Aproximación al Trauma y su afrontamiento positivo como fenómenos hermenéuticos. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos, Universidad de Chile.

Dekovic, M; Asscher, JJ; Hermanns, J; Rietz, E; Prinzie, P; Van Den Akker, AL. (2010). Tracing changes in families who participated in the home-star parenting program: parental sense of competence as mechanism of change. *Prevention Science* 11(3), 263-274. Doi: 10.1007/s11121-009-0166-5

Delgado, B. (2008). Psicología del desarrollo. Desde la infancia a la vejez. Madrid: McGraw Hill.

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. Revista Chilena de Pediatría vol.86 N°6 Santiago dic. 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>

Ginnis, K; White, E; Ross, A; & Wharff, E. (2015). Family-based crisis intervention in the emergency department: A new model of care. *Child and family studies* 24, 172-179. Doi 10.1007/s10826-013-9823-1

Gómez E., Muñoz M. (2014) Manual Escala de Parentalidad Positiva e2p.

Grant, K. (2011). The importance of understanding attachment and resilience in residential child care: An argument against risk-averse practice. *Scottish Journal of Residential Child Care*,10(1). Extraído December 05], 2017, desde [https://www.celcis.org/files/5814/4041/4465/2011\\_Vol\\_10\\_1\\_Grant\\_importance\\_of\\_understanding\\_attachment.pdf](https://www.celcis.org/files/5814/4041/4465/2011_Vol_10_1_Grant_importance_of_understanding_attachment.pdf).

Ireland, T; Smith, C.; Thornberry, T. (2002) Developmental issues in the impact of child maltreatment on later delinquency and drug use. *Criminology* 40, 2; pg. 359

Jonhson, B; Berdahls, L, HOrne, M; Richter, E; & Walters, M. (2014) A parenting competency model. *Parenting: science and practice*, Vol, 14, 92-120. Doi: 10.1080/15295192.2014.914361

Johnson, S.L. (2009). *Therapist's Guide to Posttraumatic Stress Disorder Intervention*. London: Elsevier

JUNJI (2017) Políticas de ambientes bientratantes. Santiago.

Martínez C. (2011). Mentalización en psicoterapia: discusión sobre lo explícito y lo implícito en la relación terapéutica. *Revista Terapia Psicológica*, Vol, 29

Martínez R., Víctor. (2010). Estudio "Caracterización del perfil de niños, niñas y adolescentes, atendidos por los centros residenciales de SENAME", SENAME - Unicef, Santiago, Chile. Disponible en: [http://www.SENAME.cl/SENAME/otros/INFORME%20FINAL\\_SENAME\\_UNICEF.pdf](http://www.SENAME.cl/SENAME/otros/INFORME%20FINAL_SENAME_UNICEF.pdf).

Maturana, H; Verden Zoller (2003). Amor y juego: fundamentos olvidados de lo humano desde el patriarcado a la democracia. Editorial Gránica, Buenos Aires.

Ministerio de Desarrollo Social (2017) CASEN 2017, disponible en [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casenmultidimensional/casen/docs/Resultados\\_nna\\_casen\\_2017.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casenmultidimensional/casen/docs/Resultados_nna_casen_2017.pdf).

Ministerio de Justicia (2018), Informe de Auditoría Social SENAME, disponible en <http://www.sename.cl/web/wp->

[content/uploads/2018/05/Informe-Auditoria-Social-Centros-Sename.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/guia_maltrato_valente2.6dic2013.pdf)

Ministerio de Salud (2013) Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. Santiago, diciembre 2013. Extraído desde

[http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/guia\\_maltrato\\_valente2.6dic2013.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/guia_maltrato_valente2.6dic2013.pdf)

Ministerio de Salud (2016) Consejería en salud sexual y reproductiva para adolescentes. Guía práctica. Orientaciones para los equipos de atención primaria (2016).

Ministerio de Salud (2018) Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes. Nivel especializado de atención abierta y cerrada.

Moneta, M. E., Buchheim, A., Jordan, J. F., & Kächele, H. (2009). El apego aspectos clínicos y psicobiológicos de la díada madre-hijo. Santiago de Chile: Cuatro Vientos Editorial.

Moore, S.G. (1992). The Role of Parents in the Development of Peer Group Competence. Urbana, IL: ERIC Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education.

Morelato, G; Maddio, S. & Valdez, J. (2011) Autoconcepto en niños de edad escolar: El papel del maltrato infantil. Revista Argentina de Clínica psicológica, XX (2), 150-159. Extraído diciembre 1, 2017 desde <http://redalyc.org/articulo.oa?id=280922823006>

Muela, A., Balluerka, N., & Torres, B. (2013). Ajuste social y escolar de jóvenes víctimas de maltrato infantil en situación de

acogimiento residencial. Anales de Psicología, 29(1), 197-206. doi:<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.124941>

National scientific council on the developing child (2007) The science of early childhood development. Cambridge: Harvard University

Santelices, M. P., Farkas, C., Montoya, F., Galleguillos, F., Carvacho, C., Fernández, A., Himmel, E. (2015). Factores predictivos de sensibilidad materna en infancia temprana. Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad, 14(1), 66-77. doi:10.5027/psicoperspectivas-vol14-issue1-fulltext-441

SENAME (2017). Estudio de resultados de Centros residenciales de administración directa. Santiago

SENAME (2018). Informe de auditoría social. Disponible en <http://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2018/05/Informe-Auditoria-Social-Centros-Sename.pdf>

Sepúlveda (2010). Las trayectorias de vida y el análisis de curso de vida como fuentes de conocimiento y orientación de políticas sociales". Revista Perspectivas N°21, 2010 • ISSN 0717-1714 • pp. 27-53. Disponible en: <file:///C:/Users/aquilodran/Downloads/436-389-1-PB.pdf>

Shaffer, A (2012) Child maltreatment: Risk and resilience in ages birth to 5. CW360°. Extraído de [http://www.cehd.umn.edu/ssw/cascw/attributes/PDF/publication/CW360-CEED\\_Winter2012.pdf](http://www.cehd.umn.edu/ssw/cascw/attributes/PDF/publication/CW360-CEED_Winter2012.pdf)

Shaffer, D. R., Kipp, K., C., P. H., & Talavera, J. B. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. México: International Thomson Edits

Pérez, F. (2017). Hitos del desarrollo infantil en la primera infancia. En *Vínculos tempranos: Transformaciones al inicio de la vida*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

Rafael, A (2007); *Desarrollo cognitivo: Las teorías de Piaget y Vigotsky*. Documento para alumnos del Máster en Paidopsiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona.

Romero, M; García, R; Ortega, N; & Martínez, J (2009) Influencia del maltrato infantil en el rendimiento escolar. *Revista científica electrónica de psicología*, 7, 9-28. Extraído noviembre 30 de 2017 desde [http://uaeh.edu.mx/investigacion\(icsa/LI\\_ProcCogn/Norma\\_Orte/7.pdf](http://uaeh.edu.mx/investigacion(icsa/LI_ProcCogn/Norma_Orte/7.pdf)

Tala A., Larraguibel M., Muñoz G. (2016). Resiliencia en población infanto – juvenil: Una aproximación a las intervenciones basadas en la evidencia. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología Infanto Adolescente*, Volumen 27, N°1.

Tinajero, C., & Páramo, M. F. (2012). The systems approach in developmental psychology: fundamental concepts and principles. *Psicología: Teoría e Investigación*, 28(4), 457-465. doi:10.1590/s0102-37722012000400011

Taylor, C. (2012). *Empathic Care for Children with Disorganised Attachments: A Model for Mentalizing, Attachment and Trauma-Informed Care*. London: Jessica Kingsley publishers

UNICEF (s/f) *Early Childhood development: the key to a full and productive life*.

UNICEF (2011) *Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia. Una época de oportunidades*

Unicef y Sistema Nacional para el Desarrollo integral de la familia (DIF). (2014) *Observaciones finales del comité de los derechos del niño*: México: Unicef.

UNICEF (2006) *Violence Against Children in the Caribbean Region Regional Assessment*, Panamá. Extraído desde: [http://www.uwi.edu/ccdc/downloads/Violence\\_against\\_childr\\_en.pdf](http://www.uwi.edu/ccdc/downloads/Violence_against_childr_en.pdf)

Valencia E., Gómez E. (2010) *Una Escala de Evaluación Familiar Eco-Sistémica para Programas Sociales: Confiabilidad y Validez de la NCFAS en población de alto riesgo psicosocial*.

Vega-Arce, M. y Nuñez-Ulloa, G. (2017), *Experiencias adversas en la infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años*. *Revista Enfermería Universitario*.