



ORIENTACIONES TECNICAS

LÍNEA PROGRAMAS

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA (PIE)

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

JULIO 2015

ÍNDICE

I.	Antecedentes	2
II.	Formulación del problema	4
III.	Modelo de intervención	9
	3.1. Características del programa	9
	3.2. Enfoques transversales	9
	3.3. Trabajo en redes y Gestión Intersectorial	14
	3.4. Sujeto de atención	16
	3.5. Vías de ingreso	17
	3.6. Cobertura y Focalización Territorial	17
	3.7. Objetivos y matriz lógica	17
	3.8. Componentes del modelo	21
	A. Intervención con Familia	22
	B. Intervención reparatoria con los niños (as) o adolescentes	27
	C. Gestión Intersectorial y trabajo en redes	32
	3.8. Plazo de la intervención	33
	3.9. Equipo de trabajo	33
IV.	Recursos materiales	36
	4.1. Presupuesto	36
	4.2. Inmueble	36
	4.3. Equipamiento	37
V.	Monitoreo y evaluación	37
VI.	Anexos	40

I. Antecedentes

Las presentes orientaciones técnicas de la modalidad PIE fueron actualizadas a partir de las diferentes instancias de monitoreo realizadas en el período 2011 a 2013, tanto con los equipos de intervención, como con los Organismos Colaboradores Acreditados¹, además de los nuevos énfasis en materia de protección especial.

Los Programas de Intervención Integral Especializada corresponden a una de las modalidades de Programas de Protección Especializada, definidos en términos generales, como aquellos destinados a **otorgar intervención reparatoria frente a circunstancias de graves vulneraciones de derechos**, tales como, situación de calle, consumo abusivo de drogas, maltrato infantil grave, explotación sexual comercial infantil, **u otras problemáticas que atentan gravemente contra el normal desarrollo del niño, niña o adolescente**².

Los Programas Especializados forman parte de las políticas públicas orientadas a dar cumplimiento al artículo 39 de la CDN, referido a “promover la recuperación física, psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño”.

La definición de los Programas de Protección Especializada, antes presentada, indica dos aspectos distintivos de estos, respecto del **sujeto de atención**, que **es un niño, niña o adolescente víctima de graves vulneraciones de derechos** y, respecto de **las características de la intervención**, ésta **es reparatoria**.

Las graves vulneraciones de derechos, o situaciones de violencia crónica, determinan daño bio-psico-social a la población infantil y adolescente afectada, lo que se expresa en sintomatología y dificultades de adaptación al entorno, diferenciales según las características y experiencia del niño, niña o adolescente y las particularidades de su contexto social y cultural. Dentro de las expresiones de daño se encuentran los problemas de adaptación social: conductas que transgreden derechos de otras personas, consumo de drogas, situación de calle, conductas abusivas de carácter sexual, entre otros comportamientos, que restringen las oportunidades de desarrollo de esta población³.

Dentro de la literatura, el término **reparación** alude a las víctimas de violaciones a los derechos humanos, marco en el que es entendida como un **proceso de restitución de la dignidad**. Se define como una relación de profundo respeto, validación y reconocimiento de parte de un otro solidario, que hace que la persona que ha sido víctima recupere su dignidad robada o atropellada. Desde ahí, la reparación no es sólo un proceso personal sino, sobre todo, social; esto es, ocurre en el encuentro con otros.⁴

Las acciones concretas de los adultos, para que los niños y niñas víctimas de cualquier tipo de maltrato puedan reparar el daño ocasionado son: permitirles expresar su sufrimiento, elaborar lo ocurrido, sentirse queridos(as), sentirse valiosos (as) y competentes, verse a sí mismos como un (a) niño(a) normal, sentir que pueden seguir siendo niños (as), volver a confiar en el mundo adulto, ser bien tratados(as) y contar con figuras de autoridad protectoras.⁵

¹Sistematización de las Respuestas a la “Consulta acerca de la intervención y el género” (2011)/ Recepción de Opiniones del Comité Consultivo a modificaciones realizadas a las BT PIE (2012) /Revisión de los egresos exitosos y favorables de los Programas de Intervención Integral Especializada (2012) y Sesiones de la Mesa Técnica Nacional de PIE (2012-2013).

²Ley 20.032. Sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores del SENAME y su régimen de subvención. 2005.

³Rodrigo Venegas realiza un nexo entre esta definición y la definición de “lucro-cesante” referido a la ganancia o utilidad que deja de percibir una persona producto de un daño, señalando las implicancias de este evento en la pérdida de oportunidades para los niños, niñas y adolescentes afectados. Rodrigo Venegas Cárdenas. Presentación Programas Especializados DEPRODE, 2013.

⁴Ravazzola, C. citada en Módulo IV. Estrategias de primer apoyo. Reparación del maltrato infantil Josefina Martínez. Curso Marcos de referencia para el diagnóstico e intervención con niños y jóvenes del Programa Vida Nueva. Universidad Católica. 2012.

⁵Módulo IV. Estrategias de primer apoyo. Reparación del maltrato infantil Josefina Martínez. Ibidem.

Los Programas de Intervención Integral Especializada surgen como una alternativa que aborda integralmente al sujeto de atención de la modalidad, evitando de este modo su fragmentación en “problemáticas” que han tendido a ser objeto de programas parcializados, con escasa articulación entre ellos y con otros actores en el territorio⁶. Lo anterior implica establecer como foco de la intervención la grave vulneración de derechos y a través del trabajo en los ámbitos, individual, familiar y de la coordinación con redes intersectoriales complementarias, favorecer la reparación.

Como resultado de la intervención reparatoria se busca contribuir a la superación o disminución de las conductas que afectan la integración social de niños, niñas y adolescentes, es decir, transgresiones de derechos de otras personas, consumo de drogas y deserción escolar, entre otras.

Actualmente SENAME se encuentra en proceso de rediseño de los diversos modelos que conforman la oferta programática de protección a fin de introducir mejoras dirigidas a dar respuestas más oportunas y efectivas a la infancia vulnerada en sus derechos.

Asimismo, el Consejo Nacional de la Infancia plantea que la nueva política de Protección Especial de Derechos considera los programas actualmente existentes, y que es preciso reorientarlos y optimizarlos, para lo cual su marco de referencia considera cuatro dimensiones presentes en la Convención sobre los Derechos del Niño: el encuadre positivo que releva la identidad cultural y el contexto en el que se inserta y transita el niño/a por sobre el paradigma de la irregularidad social, el propósito de impactar en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, la referencia a la comunidad donde se desarrolla la vida cotidiana de los niños/as y adolescentes y la perspectiva inclusiva⁷.

La inclusión sociocomunitaria se refiere a “...la estructura y calidad de la vinculación de los niños y niñas, por un lado, con las estructuras del mundo de la vida (sus familias, redes sociales, comunidad), y por otro, con las estructuras del mundo del sistema que garantizan sus derechos (los dispositivos institucionales, especialmente los situados en el espacio local, en el ámbito de la salud, educación, seguridad, vivienda, protección, entretenimiento, etc.). La calidad de la inclusión de los niños, niñas y adolescentes - además de sus propias capacidades- va a depender entonces de las capacidades inclusivas de las estructuras comunitarias del mundo de la vida y de las estructuras de la institucionalidad pública y privada”.⁸

“Este modelo -dado su carácter integral y sistémico- facilitará el diseño de intervenciones convergentes de los diferentes dispositivos institucionales que conforman el Sistema de Garantías de derechos que se quiere construir. Todos estos dispositivos desde su posición sectorial en el sistema y desde la zona de inclusión en la que operan (salud, educación, protección, seguridad, fortalecimiento familiar, etc.) tendrán entonces como foco central de su articulación colaborativa **la calidad de la inclusión sociocomunitaria de los niños y niñas.**”

Dentro de la protección especial, existe **complementariedad entre modalidades** destinadas a restituir el ejercicio de derechos a niños, niñas y adolescentes vulnerados, lo que hace relevante establecer prácticas de colaboración que potencien los resultados. Un ejemplo de intervención complementaria entre programas de protección especial, es la protección que entrega el sistema residencial para interrumpir graves vulneraciones de derechos que ocurren en el contexto familiar y la acción reparatoria realizada por los programas especializados para resignificar la experiencia, superar el daño ocasionado por ésta y hacer posible la continuidad del desarrollo.

⁶ Bases Técnicas PIE noviembre de 2007.

⁷ Plan de Acción Intersectorial, 2014-2017. “Transición desde el Acogimiento Residencial hacia un Sistema de Protección Especial de Base Familiar y Comunitaria para la Primera Infancia Vulnerada en sus Derechos”.

⁸ Plan de Acción Intersectorial, 2014-2017. “Transición desde el Acogimiento Residencial hacia un Sistema de Protección Especial de Base Familiar y Comunitaria para la Primera Infancia Vulnerada en sus Derechos”.

II. Formulación del problema.

2.1 Cifras de población que requiere atención especializada

El segundo informe sobre violencia contra niños, niñas y adolescentes en nuestro país, publicado por el Observatorio de la niñez y adolescencia, da cuenta de que el año 2012 la tasa de denuncias por violencia intrafamiliar disminuyó levemente, de 245,3 a 232,1 por cada 100.000 habitantes, siendo denuncias de adolescentes, entre 14 y 17 años, el 56,3%, con más mujeres afectadas. Respecto de la violencia extrafamiliar, también se produjo descenso de 3.436 denuncias, con mayor denuncia de adolescentes de 14 a 17 años (61,5%), en este caso más varones. En relación a la violencia sexual las denuncias aumentaron de una tasa de 151,4 a 159,8 cada 100.000 habitantes, con más denuncias de las adolescentes. Las cifras corresponden a las denuncias a Carabineros, por lo que no representan la prevalencia, más bien la punta del iceberg de la violencia que viven los niños y niñas, ya que a estos les es más difícil denunciar la violencia que se da al interior de la familia⁹.

En nuestro país UNICEF realiza una evaluación periódica de la violencia que afecta a niños, niñas y adolescentes, dando cuenta de la prevalencia de violencia física leve, física grave, psicológica y el último año de abuso sexual¹⁰. De acuerdo al último estudio de UNICEF, el **71% de los niños y niñas de nuestro país dice vivir violencia en sus hogares, de esta cifra el 35% corresponde a violencia grave**, indicando escasa variación en el período **2006 a 2012**.

La información de Tribunales de Familia y de Letras con competencia en Familia señala que el año 2014 se registraron 81.664 ingresos por vulneración de derechos y 84.979 por violencia intrafamiliar, la primera cifra no identifica el tipo de vulneración de derechos que origina la solicitud de medida de protección y la segunda no desagrega víctimas adultas, de niños y niñas, por lo que no dan cuenta de los tipos de violencia que afectan a niños, niñas y adolescentes que han requerido medida de protección.¹¹

Respecto a situaciones de violencia pasiva o por omisión, como la negligencia grave y el abandono, no existen estudios cuantitativos en la realidad nacional, aunque se sabe que la negligencia afectiva y educativa es una de las peores formas de maltrato a los niños y las niñas¹².

Respecto a las consecuencias de las graves vulneraciones de derechos en el ámbito de la salud mental, el estudio sobre salud mental de los niños, niñas y adolescentes atendidos en el Programa Vida Nueva, da cuenta de que el **66,9%** de los adolescentes entre 15 y 18 años presentaba algún trastorno de la salud mental, cifra muy superior al 38,3% de prevalencia de estos trastornos en la población general de este tramo etario. **Los cuadros más recurrentes en adolescentes del Programa Vida Nueva fueron: riesgo de suicidio (45%), dependencia de drogas (40%), trastorno disocial y trastorno negativista desafiante (23,5%), entre otros. Asimismo se evaluó comorbilidad en el 25,7% de los casos, detectándose que la brecha de cobertura de atención en salud mental respecto de ésta población alcanza al 88,9%, a diferencia de la población general que es de 66,6%**¹³.

2.2 Enfoque explicativo sobre las causas de la violencia.

Dentro de los modelos explicativos del desarrollo infantil está el modelo ecológico del desarrollo humano, propuesto por Bronfenbrenner (1987) y adaptado por Belsky para explicar el fenómeno de la violencia.

⁹Segundo informe "Infancia cuenta en Chile 2014" Observatorio niñez y adolescencia. ACHNU, Universidad de Chile, FMSI. Santiago, 2014.

¹⁰ 4º Estudio de maltrato infantil. UNICEF. Santiago de Chile, Octubre 2012.

¹¹ Informe de causas Ingresadas el año 2012. Tribunales de Familia 2013.

¹²J. Barudy, 1997 citado en Programa Abriendo Caminos. Chile Solidario. Manual de apoyo para la formación de competencias parentales. MIDEPLAN, 2009.

¹³ "Estudio relativo al diagnóstico en salud mental de niños, niñas y adolescentes atendidos en el marco del Programa Vida Nueva" Universidad Católica, octubre 2012.

Bronfenbrenner (1987) define el desarrollo como un cambio perdurable en el modo en que la persona percibe el ambiente que lo rodea y como se relaciona con él.

Para este enfoque el ser humano, junto con su constitución orgánica y las posibles influencias del medio sobre ella, posee capacidad cognoscitiva - interpretativa que implica, sobre todo, que no existe pasividad ante el entorno. El contexto físico y social en que se inserta el sujeto es inevitablemente el punto de referencia desde el que se configura su noción de realidad¹⁴.

Según Bronfenbrenner (2002), existen cuatro tipos de sistemas que guardan una relación inclusiva entre sí: el *microsistema*, el *mesosistema*, el *exosistema* y el *macrosistema*¹⁵.

El **Microsistema**: es el sistema ecológico más próximo, ya que comprende el conjunto de relaciones entre la persona en desarrollo y el ambiente inmediato en que se desenvuelve (microsistema familiar y microsistema escolar, por ejemplo). En los microsistemas ocurren dos efectos importantes: los del primer orden, que se producen en el contexto de una diada y los de segundo orden que afectan de forma indirecta a las diadas a través de la mediación de terceros, es por ejemplo la red de relaciones sociales de la familia.

El **Mesosistema**: comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (relaciones familia-escuela, por ejemplo). Un mesosistema es un sistema de microsistemas y, por lo tanto, su descripción y análisis debe realizarse en los mismos términos que los microsistemas: relaciones, actividades y roles.

El **Exosistema**: se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante, pero en los cuales se producen hechos que afectan a todo aquello que ocurre en el entorno que comprende a las personas en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno (por ejemplo la familia extensa, las condiciones y experiencias laborales de los adultos y de la familia, las amistades, las relaciones vecinales etc.). De ahí la importancia de vincular de forma efectiva los hechos que suceden en un exosistema con los hechos que acontecen en un microsistema, teniendo siempre presente los cambios evolutivos de la persona en desarrollo.

Por último, el **Macrosistema**: esta estructura anidada recoge, el conjunto de creencias, actitudes y valores que caracterizan el contexto cultural de la persona en desarrollo (por ejemplo los prejuicios sexistas, la valoración del trabajo, un período de depresión económica, etc.).

Desde el modelo ecológico se define la violencia como un fenómeno complejo, que no existe en el vacío, sino dentro de sistemas sociales más amplios que la albergan y permiten que ocurra¹⁶, por lo que se diferencia niveles para el análisis¹⁷, describiéndolos como sigue:

- **Perspectiva individual**, referida a las características personales y procesos psicológicos individuales relacionados con el fenómeno de la violencia. Ejemplo de ello son, la propia historia de experiencias violentas, ya sea como víctima o como testigo que puede implicar un factor de riesgo en relación a ser víctima de nuevos actos de violencia o maltratador hacia otros¹⁸.

¹⁴ "El medio social como estructura psicológica. Reflexiones a partir del modelo ecológico de Bronfenbrenner". Francisco Pérez Fernández. Universidad Camilo Cela. Edu Psyke, 2004.

¹⁵ Tesis Doctoral. "El funcionamiento familiar en familias con hijos drogodependientes". Lucía Ramírez Serrano. Departamento de Psicología Social. Universidad de Valencia. 2007.

¹⁶ Curso Marcos de referencia para el diagnóstico e intervención con niños y jóvenes del Programa Vida Nueva. **Tema 1: Modelos conceptuales generales**. Ana María Aron. Universidad Católica. 2012

¹⁷ Muchos de los modelos que explican la violencia desde una perspectiva puramente individual o familiar no dan cuenta cabal del problema al no considerar el contexto social más amplio en el cual estas conductas violentas se dan y se sufren. Curso Marcos de referencia para el diagnóstico e intervención con niños y jóvenes del Programa Vida Nueva. Ibidem.

¹⁸ Ana María Aron. Ibidem.

- **Perspectiva microsistémica**, se refiere a las redes sociales primarias, el nivel familiar, la primera instancia de interacción con otros¹⁹. Las dinámicas que se dan en estos microgrupos, especialmente en la familia, lo que puede dar cuenta de sistemas más o menos abusivos²⁰.
- **Perspectiva exosistémica**, nivel comunitario, es el entorno en que se desarrollan las interacciones del grupo familiar. En este nivel tienen lugar las interacciones con otros que no son familia, y en él se circunscriben también las posibilidades de acceso a recursos (redes de apoyo, educación, salud, etc.)²¹. Dentro del exosistema se encuentran el sistema escolar, el sistema de salud, el sistema judicial, los que pueden jugar un papel importante en la mantención o en la interrupción de sistemas violentos²².
- **Perspectiva macrosistémica**, que se refiere a los sistemas de creencias y valores del contexto cultural en que estamos insertos. Este es quizás el nivel más difícil de modificar, porque a pesar de su fuerte influencia sobre los comportamientos de las personas y de la sociedad, no tiene visibilidad. Al contexto macrosocial corresponden las creencias que una cultura tiene con respecto a las relaciones de poder, a las relaciones entre hombres y mujeres, a las relaciones entre adultos y niños²³.

Los sistemas de creencias y valores que le han dado su identidad a nuestra cultura desde siglos se ha conceptualizado como una cultura patriarcal, relacionándola con la presencia de relaciones de dominio-sumisión, en que prevalece el estilo de resolución de conflictos por la fuerza y predomina el concepto de *jerarquía de dominación*, es decir, quien está en una posición jerárquica superior se siente con derecho a forzar a quienes están en otras posiciones a hacer cosas que no harían por su propia voluntad, utilizando estrategias de amenaza y coerción implícita o explícita, por ejemplo, Barudy se refiere a nuestra cultura como una cultura adultista, es decir, en la que predomina la visión de los adultos y puede llegar a "cosificarse"²⁴ a los niños, cuando estos desafían el poder de sus mayores²⁵.

El enfoque sistémico considera a la familia²⁶ como un sistema social abierto. Esto significa que sus distintos componentes, la unidad doméstica que convive bajo un mismo techo, forma un conjunto en que "el todo es más que la suma de las partes", y en que más importante que las características de quienes lo forman son las relaciones que se establecen entre ellos, los circuitos de interacción que se repiten, y las reglas y meta reglas que describen el funcionamiento de este conjunto²⁷.

Decir que la familia es un sistema abierto, significa que no sólo debemos considerar las interacciones entre los miembros de la familia sino también las interacciones con el contexto en el cual se desenvuelve.

No da lo mismo trabajar terapéuticamente con familias que viven en pobreza que con aquellas que no tienen problemas en el acceso a los recursos básicos. Las temáticas de género, las minorías étnicas, y en general la cultura a la que pertenece una familia, es probablemente uno de los factores que más influye en los sistemas de significados de

¹⁹ "Maltrato infantil y relaciones familiares en Chile. Análisis comparativo 1994-2000-2006". UNICEF, marzo 2008.

²⁰ Ana Maria Aron. Ibídem.

²¹ "Maltrato infantil y relaciones familiares en Chile. Análisis comparativo 1994-2000-2006". Ibídem.

²² Ana Maria Aron. Ibídem.

²³ Ana Maria Aron. Ibídem.

²⁴ Cosificar a alguien equivale a tratarlo no como un semejante, como un ser humano sino como a algo que es preciso someter, y que no tiene los mismos sentimientos que nosotros. Esta cosificación es lo que permite causar dolor a otro sin que nos toque su sufrimiento. Ana Maria Aron. Ibídem.

²⁵ Ana Maria Aron. Ibídem.

²⁶ La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. En este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse, etc. Además se prodiga amor, cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad. (Biblioteca del Congreso Nacional <http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil/>)

²⁷ **Tema 9. La inclusión de la familia y las redes en el trabajo con niños y jóvenes.** Académicos: Ana Maria Aron, Carolina Sinclair, María Teresa Llanos. Curso Marcos de referencia para el diagnóstico e intervención con niños y jóvenes del Programa Vida Nueva Universidad Católica. 2012

un grupo social.²⁸ Por tanto la evaluación de los cuidados que entregan a sus hijos los padres, madres o adultos a cargo, debe considerar las condiciones que proporcionan las políticas públicas de protección universal para el ejercicio de su rol y hacer uso de las mismas en la intervención para desarrollar o fortalecer las habilidades de los adultos para ejercer el cuidado de sus hijos (as).²⁹

La protección que pueden entregar los padres o madres a sus hijos o hijas depende de sus historias personales, familiares y sociales. La falta de competencias parentales o de capacidades prácticas de los adultos a cargo para cuidar, proteger y educar a niños y niñas asegurándoles un desarrollo suficientemente sano, se asocia a elementos de la historia de vida, tales como malos tratos infantiles, falta de protección y de oportunidad para elaborar éstas experiencias, o la existencia de trastornos de salud mental.

A lo anterior muchas veces se suman factores sociales como políticas económicas, sanitarias y educativas que conllevan un nivel de vida deficiente, desigualdades, o inestabilidad socioeconómica³⁰, la pobreza³¹, exclusión social, o falta de apoyo de las instituciones, y también, factores culturales como: normas que promueven la violencia hacia los otros, en particular los castigos físicos, roles de género estereotipados, no considerar a los niños/as como personas con derechos, entre otros³².

2.3 Consecuencias de la violencia pasiva o por omisión de cuidados

El desarrollo de la neurociencia ha permitido establecer el impacto de la falta de cuidados y de distintos tipos de violencia sobre la maduración y el desarrollo del sistema nervioso central.

Hoy se sabe que la maduración y funcionamiento adecuado del cerebro y el sistema nervioso dependen de los cuidados y buenos tratos recibidos de los cuidadores primarios, constituyendo la base del desarrollo motor, cognitivo, afectivo y relacional, así como también de la formación de personas capaces de responder a los desafíos de la existencia en forma altruista³³. El lenguaje, el pensamiento abstracto y la emoción, emergen en la interrelación y tienen resguardo genético en la medida que son relevantes para la supervivencia³⁴.

Como **consecuencia de la falta de cuidados** los niños y niñas víctimas de negligencia y abandono emocional presentan alteración del desarrollo del sistema límbico o cerebro emocional, zona donde se localizan funciones fundamentales para la vida: la experiencia sensorial, la emocionalidad, la regulación del apetito, la agresividad y la función sexual, y también desempeña un rol muy importante en otras funciones como la memoria y el aprendizaje³⁵. Las fallas en la actividad del sistema límbico se traducen en características como las siguientes³⁶:

- **Trastornos de las capacidades sensoriales**, dificultad de los niños para percibir sus vivencias internas y las amenazas o peligros del entorno, además de problemas para distinguir lo que es producto de la realidad de lo que son sus deseos.
- **Deficiencias en el reconocimiento y manejo de las emociones**, diferentes investigaciones han mostrado una mayor excitabilidad de la amígdala, que es la

²⁸ Tema 9 Curso Marcos de referencia para el diagnóstico e intervención con niños y jóvenes del Programa Vida Nueva Universidad Católica. 2012. *Ibidem*.

²⁹ Rodrigo López María José, et al "Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. Intervención psicosocial, vol. 18, num. 2, 2009, pp. 113-120 Colegio Oficial de Psicólogos. España.

³⁰ Borrador Guía Clínica: Detección y primera respuesta a NNA víctimas de maltrato. MINSAL, febrero 2013.

³¹ La pobreza es un factor de estrés constante que puede potenciar el maltrato. En clases sociales acomodadas el contexto social contribuye al silenciamiento de situaciones abusivas. Dr. Andrés Fresno, Presentación en Observatorio de violencia, junio 2012.

³² Borrador Guía Clínica: Detección y primera respuesta a NNA víctimas de maltrato. *Ibidem*.

³³ "Promoción del buentrato infantil y la prevención temprana de violencias" Jorge Barudy, 2006. Curso Marcos de referencia para el diagnóstico e intervención con niños y jóvenes del Programa Vida Nueva. **Tema 1: Modelos conceptuales generales**. Biología del Buen trato. Rosa Barrera, Psiquiatra infanto- juvenil, Universidad Católica. 2012

³⁴ Jorge Barudy. Rosa Barrera. *Ibidem*.

³⁵ Rosa Barrera. *Ibidem*.

³⁶ Barudy, Jorge y Dagtangnan Marjorie. Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Ed. Gedisa, Barcelona, mayo 2010.

región del sistema límbico en donde se percibe el miedo y las amenazas y se dispara la agresividad.

- **Trastornos de la empatía**, se presentan como niños egoístas y exigentes, con dificultad para obedecer a los adultos y manejar frustraciones.
- Presentan **memorias emocionales traumáticas**, implícitas, referida a percepciones, emociones o vivencias internas de la temprana infancia cuando el cerebro aún no puede operar con la memoria explícita; recuerdos o memoria narrativa, estos recuerdos generan comportamientos que no se relacionan con un hecho real y resultan incomprensibles para el observador.
- **Trastornos en la regulación del apetito, la agresividad, la frustración y la excitación sexual**, todas pulsiones relacionadas con el mantenimiento, preservación y protección de la vida.

Como se señaló, los vínculos interpersonales con los cuidadores primarios redundan en el desarrollo del sistema nervioso, así como en la percepción que tiene el niño(a) de los otros en la convivencia social. La experiencia de apego del niño(a) en relación con el cuidador primario, se desarrolla en los primeros tres años de vida generando representaciones internas de apego, que serán un patrón anticipatorio de lo que puede esperar de la relación con otras personas. Los niños víctimas de maltrato tienen mayor probabilidad, 82%, de desarrollar representaciones internas de apego desorganizado, lo que se asocia a trastornos de salud mental en la vida adulta.³⁷

Los efectos de la violencia además de interferir en el crecimiento y desarrollo de niños, niñas y adolescentes, inciden en el deterioro de la relación con los padres, el rendimiento y comportamiento escolar –en particular la relación con los compañeros de curso- y la salud mental.³⁸

Específicamente, el maltrato y/o abandono afectan el rendimiento escolar disminuyéndolo en comparación con otros grupos estudiados, incluso cuando las variables de situación socioeconómica y otras están controladas, mostrando que esta población presenta además mayor retraso en el desarrollo del lenguaje.³⁹

Otras investigaciones han demostrado que la ausencia de contacto y la falta de cuidados hacen que el cerebro produzca más cortisol para prolongar la liberación de adrenalina, lo que también predispone a comportamientos más impulsivos y agresivos. En la medida que muchos de estos niños y niñas crecen en contextos violentos, sus propios comportamientos agresivos les facilitan «la adaptación» al entorno. **Esto crea una dramática paradoja: mientras menos cuidados y protegidos estén los niños y las niñas, más agresivos tendrán que ser para sobrevivir.**⁴⁰

Como se señaló, en el contexto escolar estos niños, niñas o adolescentes presentan problemas de rendimiento, así como dificultad para adaptarse a las normas de convivencia, encontrándose con un sistema escolar que tiene dificultad para dar respuesta a sus necesidades individuales, lo que incide en retraso escolar, frecuentes sanciones, estigmatización, hasta llegar a la expulsión de la escuela⁴¹, que sigue siendo una instancia de protección para evitar conductas como transgresiones a la ley y consumo de drogas, entre otras. Lo anterior deriva en limitado acceso a las oportunidades de desarrollo personal y social.

Por otra parte, respecto a la salud mental, el maltrato y la negligencia se asocian con conductas de internalización (niños/as tristes, aislados y deprimidos) y conductas de externalización (niños/as agresivos o hiperactivos) durante la infancia.⁴²

³⁷“Influencia de los distintos tipos de maltrato sobre la calidad de las representaciones de apego infantil”. Presentación del Doctor Andrés Fresno, Observatorio de violencia junio de 2012. Curso de Sexualidad y Afectividad. Centro de Estudios de la Sexualidad, 2014.

³⁸ ⁴⁰ Estudio de maltrato infantil. Ibídem.

³⁹ Programa Abriendo Caminos. Chile Solidario. Manual de apoyo para la formación de competencias parentales. MIDEPLAN, 2009.

⁴⁰Programa Abriendo Caminos. Chile Solidario. Ibídem.

⁴¹Programas de Intervención Integral Especializados (PIE): Sistematización sobre las Intervenciones y la inclusión del Enfoque de Género. DEPRODE, mayo 2012.

⁴² Borrador Guía Clínica: Detección y primera respuesta a NNA víctimas de maltrato. Ibídem.

III. Modelo de Intervención

3.1 Características del modelo

El Programa de Intervención Integral Especializada es una modalidad de intervención ambulatoria, que se orienta a la reparación del daño ocasionado por graves vulneraciones de derechos como, negligencia grave, abandono y explotación, a través de la interrupción de las vulneraciones, el desarrollo de competencias de los adultos a cargo para el ejercicio de la protección, y la intervención psicosocial y terapéutica reparatoria con los niños, niñas y adolescentes, todo ello se realiza en coordinación con sectores complementarios (salud, educación, Protección Social, entre otros), con los que se busca desarrollar trabajo en red, que se concreta idealmente en un Plan de Intervención Individual Único con responsabilidades compartidas.

3.1 Enfoques Transversales

3.1.1. Enfoque de Derechos

La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce al niño y la niña como sujeto y actor social, define los derechos humanos básicos a la supervivencia; al desarrollo pleno; a la protección contra el maltrato, abuso y explotación; y a la plena participación en la vida familiar, cultural y social; además de establecer pautas en materia de atención de salud, educación y la prestación de servicios jurídicos, civiles y sociales.

Ello de acuerdo a cuatro principios fundamentales a ser considerados en el diseño de políticas públicas, planes y programas para la infancia y adolescencia. Estos son, **la no discriminación (art. 2º); la consideración del interés superior del niño (art. 3º); el derecho a la vida, supervivencia y desarrollo (art. 6º); y el derecho del niño a expresar su opinión y a que se la tenga debidamente en cuenta (art. 12º).**

De ese modo, al ratificar la Convención, el Estado de Chile se compromete a proteger y asegurar los derechos de la niñez, obligándose a estipular y concretar todas las medidas y políticas que correspondan, con consideración primordial al interés superior del niño, lo que implica que ni el interés de los padres, ni del Estado, puede ser considerado como el único interés relevante en el diseño de políticas y programas, y en la toma de decisiones que involucren o afecten a un niño, niña o adolescente.

Asimismo, el Estado tiene la obligación de procurar y proveer las condiciones para que los niños, niñas y adolescentes se reconozcan como actores sociales, sujetos de derechos (y así también sean reconocidos por sus familias y la comunidad) y puedan ejercerlos de acuerdo a la etapa de desarrollo vital en que se encuentran y a sus características particulares.

Ante situaciones de vulneración de derechos, el Estado debe garantizar procesos de intervención apropiados, y el acceso efectivo a las prestaciones y servicios requeridos para la superación del daño y la restitución de los derechos transgredidos.

De acuerdo con la Observación General Nº 13 del Comité de los Derechos del Niño, en todas las medidas y etapas de la intervención, se debe hacer efectivo, “el reconocimiento del niño como titular de derechos y no como beneficiario de la benevolencia de los adultos”, lo que se expresa en el respeto a los niños y la consulta y cooperación con ellos, así como su intervención en la elaboración, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de las medidas específicas, teniendo en cuenta la edad y la evolución de éstos.

En consonancia, **el Programa de Protección Integral Especializada deberá orientar su accionar ubicando al niño o niña o adolescente en el centro de toda acción que se genere, con consideración a su edad, necesidades y características, en particular de aquellas que suman capacidades diferentes u otras situaciones de vulnerabilidad potencial que puedan afectarles.**

Así, el programa prestará cuidados ambulatorios a población preferentemente adolescente, evitando toda discriminación por sexo, género, diversidad sexual, nacionalidad, discapacidades, enfermedades, problemas conductuales o de salud mental, pertenencia cultural o creencias religiosas; entre otras situaciones. También deberá considerar en la elaboración de las estrategias de intervención, las variables particulares del sujeto de atención, tales como pertenencia cultural, capacidades diferentes y edad, ajustándolas a estas características.

Entendiendo que la respuesta a las necesidades del adolescente proviene de diversos sectores y en ocasiones desde más de un programa de protección especial, el interés superior del niño, dentro de los principios de la CDN, es central para orientar el trabajo coordinado entre modalidades. Por lo tanto, niño, niña o adolescente y sus necesidades de atención, son el foco para la toma de decisiones de cada equipo y para resolver dificultades que puedan darse durante el trabajo colaborativo.

3.1.2. Enfoque de Género.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, define el género como “los atributos sociales y las oportunidades asociadas con el ser femenino y masculino y las relaciones entre mujeres y hombres, niñas y niños, como también entre las mujeres y entre los hombres. Estos atributos, oportunidades y relaciones, están contruidos socialmente, son aprendidos a través de procesos de socialización, y varían según el contexto social y temporal. El género determina lo que puede esperarse, lo que es permitido y valorado en una mujer o un hombre en un contexto dado”⁴³.

El género como concepto incluye por tanto **a las masculinidades y feminidades, a hombres y mujeres, a las relaciones entre ellos, y al contexto estructural que refuerza y crea estas relaciones de poder**⁴⁴.

La búsqueda de equidad de género considera dos dimensiones, la igualdad en el acceso a las oportunidades que brinda el desarrollo, y cambios en el aspecto cultural, referidos a la socialización de género. La primera dimensión se asocia a la equidad socioeconómica y a políticas de distribución de recursos y servicios básicos, y la segunda a la *justicia cultural*, o simbólica, asociada a políticas de reconocimiento, y a medidas contra la discriminación⁴⁵.

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

Para el diseño de acciones pertinentes desde el enfoque de género, en los programas PIE, es necesaria una aproximación diagnóstica al tema (Ver Anexo 3).

El diseño de acciones coherentes con facilitar el acceso a las oportunidades de desarrollo a los niños(as) y adolescentes y sus adultos responsables, requiere preguntarse:

- ¿Cómo relacionarse, con los niños y niñas, mujeres y varones, desde los aspectos de la socialización de género que facilitan la adherencia al programa y la participación en éste, y en un segundo momento realizar modificaciones que estimulen el desarrollo de cada uno, el ejercicio de sus derechos y la equidad?

⁴³ ONU Mujeres. Ibídem.

⁴⁴ Francisco Aguayo y Michelle Sadler “Masculinidades y Políticas Públicas. Involucrando hombres en la equidad de género”. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Noviembre 2011.

⁴⁵ Guerrero Caviedes Elizabeth. Ibídem.

- ¿Qué estrategias se pueden utilizar para cuestionar aquellos estereotipos de género que limitan el desarrollo de los niños, niñas, adolescentes y adultos a cargo?
- ¿Cómo puede contribuir el contexto relacional, del programa y el equipo, a modificar pautas culturales relacionales abusivas?
- ¿Qué herramientas o estrategias de la intervención contribuyen a preparar a niños y niñas y mujeres y varones adultos para el acceso a las oportunidades de desarrollo que brindan las políticas públicas de protección universal y el ejercicio de sus derechos?
- Aunque se incluyan acciones transversales con enfoque de género ¿Cómo avanzamos en el desarrollo de metodologías diferenciales de acuerdo al sexo de los usuarios(as)?

Algunas de las acciones transversales con enfoque de género realizadas por los PIE se incluyen en el Anexo 2. A continuación se proponen otras acciones derivadas del diagnóstico:

- Realizar educación emocional, dirigida a varones adolescentes y educación en habilidades sociales para las niñas y adolescentes.
- Ejecución de Programas de educación sexual dirigidos a niños, niñas y adolescentes, asociándola a la afectividad, al placer y al conocimiento y aceptación de la diversidad sexual.
- Desarrollo de programas de prevención del embarazo adolescente, dirigidos a adolescentes de ambos sexos.
- Preparación de usuarios, niños, niñas, adolescentes y adultos, para el acceso a programas y políticas públicas de acuerdo a sus necesidades y considerando la perspectiva de género.

Respeto a la diversidad sexual

La Convención de Derechos del Niño en su artículo 2 define el respeto de los derechos para cada niño, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, sus padres o de sus representantes legales.

Por otra parte, la Organización de los Estados Americanos (OEA)⁴⁶, aprobó una resolución sobre Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género en los países de las Américas. En dicha resolución se condenan los actos de violencia y las violaciones de derechos humanos contra personas a causa de su orientación sexual e identidad de género y se alienta a los Estados miembros a considerar medios para combatir la discriminación contra personas a causa de su orientación sexual e identidad de género⁴⁷.

Posteriormente, en nuestro país, la Ley 20.609 de 2012 sanciona la discriminación arbitraria, y es un aporte a la aceptación de la diversidad.

La alta prevalencia de suicidios de adolescentes en nuestro país, en algunos casos se ha vinculado a situaciones de bullying homofóbico y falta de apoyo social a jóvenes que presentan una orientación sexual diferente de la heterosexual.⁴⁸

⁴⁶40° Asamblea General del 8 de junio de 2010. OEA.

⁴⁷Índice compuesto de estigma y discriminación hacia hombres homosexuales, otros HSH y mujeres transgénero en Chile (ICED). ONU SIDA, ONU, UNESCO, Vivo Positivo, Gobierno de Chile, ASOSIDA. Enero 2013.

⁴⁸Fundación Todo Mejora: Orientaciones de atención a niños, niñas y adolescentes lesbianas, gay, bisexuales trans para profesionales de salud mental. Santiago de Chile, junio 2013.

La OMS realiza una definición de sexualidad amplia y ligada a distintos aspectos de la identidad de las personas:

*"La sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y tiene en cuenta aspectos tales como el sexo, la identidad de género y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones."*⁴⁹

La Fundación "Todo Mejora" señala que la sexualidad es la descripción y valoración que hacen de sí mismas las personas en las siguientes dimensiones:

- **Biológica o Identidad con el Sexo:** se refiere al reconocimiento y aceptación de sí mismo(a) con la categoría asignada según las características biológicas con que se nace, que sitúan a la persona siendo hombre o mujer. En esta categoría en pocas oportunidades se da la intersexualidad, referida a inconsistencia entre las gónadas y los genitales externos, lo que requiere un proceso de definición⁵⁰.
- **Social o Identidad con el Género:** se refiere al grado de afinidad y conformidad que se tiene con las expectativas y normas establecidas en el contexto social y que definen las formas de comportarse para hombres y mujeres, es decir con lo que se considera masculino o femenino.
- **Motivacional o Identidad con la orientación sexual:** referida al sexo de las personas por las cuales nos sentimos atraídos(as) física, emocional y sentimentalmente. Se han definido tres posibles categorías de orientación sexual: heterosexual, homosexual y bisexual. La orientación sexual se vincula entonces a la disposición afectiva, erótica y psicológica hacia donde una persona dirige sus deseos sexuales⁵¹.

Las personas con orientación **heterosexual** son aquellas que se sienten atraídas, física, emocional y sentimentalmente, por individuos del otro sexo.

Las personas con orientación **homosexual** son aquellas que se sienten atraídas, física, emocional y sentimentalmente, por individuos del mismo sexo, se habla de lesbianas en caso de las mujeres y gay en caso de los hombres.

Las personas con orientación **bisexual** son aquellas que se sienten atraídas, física, emocional y sentimentalmente, tanto por hombres, como por mujeres.

Una experiencia o actividad sexual con una persona del mismo sexo no implica que la persona se identifique o pueda ser identificada como homosexual, ya que la conducta puede no implicar las dimensiones sentimental y emocional.

El término **Trans** es usado para todas aquellas identidades que implican experiencias de tránsito en el género: transexual y transgénero. (Ver definición en Anexo 4)

La identidad sexual no se elige, sino que **se descubre**, lo que se elige es lo que se hace con lo que se conoce de sí mismo(a).⁵²

El proceso de definición de la identidad se encuentra afectado en niños, niñas y adolescentes víctimas de graves vulneraciones de derechos, particularmente en víctimas de abuso sexual y explotación sexual, específicamente en lo referido a la identidad sexual.⁵³

⁴⁹ Fundación Todo Mejora Ibídem.

⁵⁰ Fundación Todo Mejora Ibídem.

⁵¹ ONU SIDA, ONU, UNESCO, Vivo Positivo, Gobierno de Chile, ASOSIDA. Enero 2013. Ibídem.

⁵² Fundación Todo Mejora capacitación "Sensibilización a funcionarios SENAME en torno a la prevención del suicidio adolescente de la población LGBT" 24 y 25 de julio de 2013.

⁵³ Fundación Todo Mejora capacitación a Funcionarios SENAME. Ibídem.

3.1.3 Enfoque de pertinencia cultural

"La Convención de Derechos del Niño define el límite a las tradiciones y valores que pueden dañar al niño, niña o adolescente".

Juan Pablo Manquenahuel. Consultor UNICEF.⁵⁴

El fundamento jurídico del enfoque de pertinencia cultural se encuentra establecido en la Convención sobre Derechos del Niño, el Convenio 169, y la Ley Indígena:

El respeto a la cultura de los pueblos originarios está consagrado en el artículo 30 de la Convención sobre los Derechos del Niño: *"En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personas de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena el derecho que le corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, **a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma.**"*

Por otra parte, el Convenio N° 169 de OIT, ratificado por Chile en septiembre de 2008, señala que "los Estados tienen el deber de adoptar medidas especiales para salvaguardar las personas, las instituciones, los bienes, el trabajo, las culturas y el medio ambiente de los Pueblos Indígenas con el **consentimiento indígena y sin discriminación**. Asimismo, aspira al mejoramiento continuo de las condiciones de vida y de trabajo, y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, enfoque que debe ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan."⁵⁵

Asimismo la Ley Indígena establece el deber *"de la sociedad en general, y del Estado en particular, a través de sus instituciones, en **respetar, proteger y promover el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades**, adoptando las medidas adecuadas para tales fines"*⁵⁶.

Lo antes señalado tiene implicancias para los equipos profesionales que laboran en la protección especializada de la infancia, quienes deben **conocer** las culturas originarias, así como otras culturas o subculturas presentes en el territorio del programa, no sólo la ascendencia, mapuche, aymara, rapanui, u otra, de los niños, niñas o adolescentes atendidos, o la cantidad de niños, niñas, adolescentes y adultos pertenecientes a éstas; sino **la cosmovisión, costumbres e idioma, a fin de que la intervención sea pertinente**.

Conocer la cultura permite a los equipos saber cómo vencer las desconfianzas iniciales, respetar las costumbres respecto de las relaciones interpersonales y familiares⁵⁷, complementar los "saberes" del equipo con los "saberes" de la familia, conocer los rituales y, si son pertinentes, integrarlos a la intervención o a la relación con los usuarios(as), establecer alianzas para el cambio con las autoridades de la comunidad, integrar los recursos para la protección observados al realizar genograma, entre otras estrategias facilitadoras del logro de los fines del programa y respetuosas de la cultura originaria⁵⁸.

Por otra parte, existen factores culturales y subculturales, asociados a determinados territorios, que los equipos deben considerar en la intervención. Dentro los contextos diferenciados por los equipos respecto de factores culturales, están los sectores rurales y urbanos, como se señaló anteriormente, se observa naturalización del maltrato y el

⁵⁴ UNICEF. "Interculturas Región de la Araucanía" UNICEF, Universidad Católica de Temuco. Abril, 2013.

⁵⁵ "Las implicancias de la ratificación del Convenio N° 169 de la OIT en Chile. Documento de trabajo N° 10 Observatorio ciudadano", junio 2012, www.observatorio.cl

⁵⁶ Fundación La Frontera. Presentación en Tercer Encuentro de la Mesa Técnica Nacional de PIE, marzo 2013.

⁵⁷ Por ejemplo: los tiempos, los protocolos de conversación, que se puede o no decir sobre la familia. Fundación La Frontera. Ibídem.

⁵⁸ Fundación La Frontera. Ibídem. Al respecto UNICEF elaboró un instrumento para la medición de criterios interculturales en los programas que trabajan con infancia en la IX Región. "Interculturas Región de la Araucanía" UNICEF, Universidad Católica de Temuco. Abril, 2013.

trabajo infantil en los sectores rurales y pérdida del valor de la vida por el acostumbramiento a la violencia cotidiana, en los sectores urbanos, situaciones a considerar en el diseño de la intervención.

3.1.4 Enfoque de inclusión de las personas con capacidades diferentes.

El fundamento jurídico del enfoque de inclusión de las personas con capacidades diferentes se encuentra establecido en: la Convención sobre Derechos del Niño, la Convención Internacional para las personas discapacitadas ratificada por Chile en 2008, y la Ley 20.422, que define normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.

Desde los postulados de la CDN, el artículo 2 establece el principio de no discriminación y el artículo 23 dice que *"Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad."* (Art 23 CDN), lo que apunta al desarrollo de autonomía e integración social.

La Convención Internacional para las personas discapacitadas, establece el derecho a la protección contra la explotación, la violencia y el abuso (Artículo 16), señalando que *"Los Estados Partes adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género"*⁵⁹. Lo anterior se relaciona con que *"las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación"*⁶⁰.

Asimismo el artículo 23 indica que *"Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan los mismos derechos con respecto a la vida en familia. Para hacer efectivos estos derechos, y a fin de prevenir la ocultación, el abandono, la negligencia y la segregación de los niños y las niñas con discapacidad, los Estados Partes velarán por que se proporcione con anticipación información, servicios y apoyo generales a los menores con discapacidad y a sus familias."*

La inclusión de las personas con capacidades diferentes implica para los Programas de la red SENAME, que la atención ofrecida a niños, niñas o adolescentes víctimas de negligencia grave, abandono y/o explotación, debe incluir dispositivos destinados a comunicarse, tanto con estos como con los adultos a cargo, cuando presenten capacidades diferentes en el ámbito intelectual o físico⁶¹, así como adecuar espacios y metodologías para dar cumplimiento a los objetivos de la intervención. La inclusión de niños, niñas o adolescentes con discapacidad intelectual abarca el déficit intelectual leve y además moderado, este último dependiendo del nivel de autonomía desarrollado.

Lo anterior es la base para establecer una relación de apoyo profesional destinado a interrumpir la vulneración de derechos, así como contribuir a evitar la ocurrencia de vulneraciones previsibles, en el futuro.

3.2 Trabajo en redes y gestión Intersectorial

Las características de los niños, niñas y adolescentes que ingresan a la modalidad, y muestran diferentes y simultáneas expresiones del daño ocasionado, como trastornos de salud mental, consumo de drogas, deserción escolar y conductas transgresoras, entre otras, requieren la vinculación con otros sectores con el fin de lograr la entrega oportuna de servicios y prestaciones atingentes a las características de éstos, del adulto a cargo y del territorio.

⁵⁹ Convención Internacional para las personas discapacitadas (ratificada por Chile el año 2008).

⁶⁰ Convención Internacional para las personas discapacitadas. *Ibidem*.

⁶¹ Se refiere a NNA o adultos que presenten discapacidad de tipo visual, auditiva o motora.

Lo anterior implica que los equipos deben contar con un catastro de instituciones del territorio y establecer protocolos para el trabajo conjunto. Dentro de los sectores relevantes en la intervención de los PIE se encuentran los siguientes:

- **Organismos Judiciales:** Tribunales de Familia, Fiscalía, Carabineros, entre otros.
- **Salud:** el acceso a la atención requiere conocer las normas vigentes del Ministerio de Salud para que los niños, niñas, adolescentes y adultos accedan a atención y tratamiento, según sus requerimientos. Cada niño, niña o adolescente ingresado a PIE debe estar inscrito en el consultorio correspondiente a su sector de residencia, a fin de acceder a las prestaciones de salud física y mental en el sistema público. La puerta de entrada al sistema público es la atención primaria a través de controles periódicos de “niño sano” y del “joven sano”, a partir de esta atención es posible la derivación a otras especialidades médicas (salud mental, nutrición, ginecología, exámenes, etc.).

Se encuentra vigente el convenio FONASA-SENAME para todos los Programas de Protección Especializada de carácter ambulatorio de la red SENAME. Los usuarios de las modalidades PEC, PEE y PIE pueden ser asimilados al tramo A de FONASA, sólo en casos que carecen de protección de salud, lo que implica contar con atención gratuita en aquellos recintos de salud pública que les corresponde de acuerdo al sector de residencia⁶².

- **Educación:**

Los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad presentan, en alto porcentaje, relación conflictiva con el entorno escolar, retraso pedagógico, deserción escolar y desescolarización, por lo que la intervención promueve la integración al sistema educativo o el acceso a la educación. Ello requiere establecer coordinaciones directas con escuelas, liceos, corporaciones, departamentos y direcciones regionales de educación; o en caso de que las características de los (as) usuarios(as) y del sistema educacional impidan la reintegración, establecer contacto con Programas de Reinserción Educativa, que pueden preparar a menores de 18 años para rendir exámenes libres y nivelar estudios.

- **Sistema de Protección Social**

Coordinación con las instancias municipales encargadas de la aplicación de la Ficha de Protección Social, a fin de facilitar el acceso a prestaciones y subsidios dependientes del puntaje, en especial las vinculadas a los Programas Chile Crece Contigo e Ingreso Ético Familiar (IEF), a fin de acceder al Programa Eje, el cual está destinado a las Familias en extrema pobreza.

Articulación con Unidades de Intervención Familiar del Programa de Ingreso Ético Familiar que operan en el municipio en caso que el niño, niña o adolescente se encuentre en sistema residencial, para facilitar el seguimiento de la condición mínima N° 7 de Chile Solidario, que establece que la familia que tiene interno un niño en algún sistema de protección, lo visite regularmente⁶³.

Para aquellos niños, niñas o adolescentes con padres o madres cumpliendo condena privativa de libertad en recintos de GENCHI, es necesario establecer coordinación con el Programa Abriendo Caminos.

⁶² El Decreto con fuerza de Ley N°1 del Ministerio de Salud define dos modalidades de atención a las cuales pueden optar los beneficiarios: institucional y de libre elección y el tramo A corresponde a la modalidad institucional.

⁶³ Decreto exento N° 0268/26 de mayo de 2005. Establece que “Las instituciones acuerdan propiciar las instancias de coordinación que fortalezcan los vínculos de las familias incorporadas a Chile Solidario con los niños, niñas y/o adolescentes que se encuentran en las áreas de Protección- Sistema Residencial o de Responsabilidad Juvenil- Privado de Libertad de SENAME, tanto a nivel regional y local”.

- **SENADIS** (Convenio SENAME-SENADIS⁶⁴)

Para niños, niñas y adolescentes con algún tipo de discapacidad el PIE debe conocer de la inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad y gestionar la inscripción cuando no se ha realizado.

Se otorga ayudas técnicas para niños, niñas y adolescentes de la red SENAME que presentan discapacidad y requieren financiamiento de dispositivos que mejoren su funcionalidad y autonomía personal. El procedimiento se encuentra disponible en la página web www.senadis.cl, link tecnologías asistidas.

3.3 Sujeto de Atención

La intervención especializada de los proyectos PIE está dirigida a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, preferentemente entre 10 y 18 años edad en que producto de las vulneraciones de derechos crónicas existe sintomatología y problemas de integración social. Son sujetos de atención de esta modalidad los niños, niñas y adolescentes **víctimas de negligencia grave⁶⁵, abandono⁶⁶ y explotación⁶⁷**, que producto de estas vulneraciones presentan sintomatología y problemas de integración social como transgresión de derechos de otras personas, consumo de drogas, deserción escolar y /o prácticas abusivas de carácter sexual.

A continuación se definen las graves vulneraciones de derecho antes mencionadas:

- Un niño, niña o adolescente es **víctima de negligencia grave** cuando sus necesidades físicas y psicológicas básicas no son atendidas por periodos prolongados de tiempo, por él o los adultos a cargo teniendo las condiciones para satisfacerlas; sin embargo existe un vínculo entre el niño, niña y adulto. Existen lesiones o daño físico causado directamente por la conducta negligente, o retraso importante en el desarrollo intelectual, físico o social, que requieren atención o tratamiento especializado. Ej. Niño (a) **en la calle**.
- Un niño, niña o adolescente es víctima de **abandono** cuando los padres o adulto a cargo no le proporcionan atención personal o económica por plazo de 2 meses o 30 días cuando se trata de un niño(a) menor de 1 año⁶⁸. El niño(a) se encuentra en situación **de calle** u otras personas deben hacerse cargo de su cuidado, porque los padres, madres o adultos responsables no están disponibles para ello. Esto produce un daño severo en el niño(a) que compromete seriamente su desarrollo y requieren atención o tratamiento especializado.
- El concepto de **explotación** alude a todas las **peores formas de trabajo infantil**, incluida la **explotación sexual** cuando no existen programas especializados en explotación sexual comercial infante adolescente en el territorio. Un tema relevante de comenzar a identificar y atender son las situaciones de trata con fines de explotación laboral, a consignar en el registro de peores formas de trabajo infantil.⁶⁹

Dentro de la sintomatología que pueden presentar los niños, niñas o adolescentes sujetos de atención de la modalidad PIE está el **daño vincular, que alude a modelos internos operantes de desconfianza** en las relaciones con otras personas, originado

⁶⁴ Establece la entrega de financiamiento total o parcial para la adquisición de las ayudas técnicas que los centros soliciten.

⁶⁵ Documento Propuesta de causales de ingreso, tipos de diagnósticos y causales de egreso para ser registrados en SENAINFO. Área Protección de Derechos. Unidad de Estudios y Departamento de Protección de Derechos. SENAME, marzo 2013.

⁶⁶ Área Protección de Derechos. Unidad de Estudios y Departamento de Protección de Derechos. SENAME, marzo 2013. Ibídem.

⁶⁷ Área Protección de Derechos. Unidad de Estudios y Departamento de Protección de Derechos. SENAME, marzo 2013. Ibídem.

⁶⁸ Art. 12 2 Ley 19.620 de adopción.

⁶⁹ Área Protección de Derechos. Unidad de Estudios y Departamento de Protección de Derechos. SENAME, marzo 2013. Ibídem.

en las experiencias de apego temprano de estos niños y niñas con sus cuidadores primarios, sin que existiera otros adultos capaces de generar experiencias positivas, dándose además, falta de cuidados y exposición a violencia. Al respecto el CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) describe el **Trastorno de la vinculación de la infancia o la niñez**, éste se caracteriza por anomalías persistentes en las formas de relación social del niño, acompañadas de alteraciones emocionales que son reactivas a cambios en las circunstancias ambientales...se presenta como consecuencia directa de una carencia parental, abusos o malos tratos graves.⁷⁰ Siendo además comunes otros trastornos de la salud mental, como cuadros autolesivos, consumo de drogas, trastorno disocial, entre otros.

El daño psicosocial producido por la falta de cuidados y/o explotación se expresa en las dificultades para integrarse en las actividades propias de la etapa de desarrollo (familia, escuela, pares, etc.), en conductas transgresoras de derechos de otras personas y deserción escolar, entre otros síntomas.

Por lo antes señalado, los niños(as) o adolescentes ingresarán a la modalidad PIE por las siguientes causales: **negligencia grave, abandono, explotación en otras peores formas de trabajo infantil, incluyendo explotación sexual** (sólo en territorios que no cuentan con oferta específica), **transgresión de derechos de otras personas, consumo de drogas, deserción escolar, abuso sexual de un adolescente a un niño o niña** (sólo en territorios que no cuentan con oferta específica) **y maltrato prenatal en embarazo adolescente.**

Los sujetos de atención del PIE que transgreden derechos de otras personas incluyen a población entre 14 y 16 años que ha cometido faltas sancionadas por los Tribunales de Familia, y a niños y niñas menores de 14 años que resultan inimputables ante la ley por la comisión de un acto ilícito.

Los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en residencias y presentan prácticas abusivas de carácter sexual son prioridad de ingreso a la intervención especializada realizada por los PIE en los territorios que no cuentan con oferta específica en el tema.

3.4 Vías de Ingreso

De conformidad al artículo 12 de la ley N° 20.032, "El colaborador acreditado estará obligado a otorgar atención a todo niño, niña o adolescente que lo solicite directamente o por medio de la persona encargada de su cuidado personal, a requerimiento de SENAME, del tribunal competente o de la oficina de protección de derechos respectiva, siempre que se trate de una situación para la cual sea competente según convenio, y cuente con plazas disponibles. Con todo, si existiere un programa o servicio más apropiado para atender a lo solicitado, será deber del colaborador requerido proponer al solicitante esa alternativa."

Por la gravedad o cronicidad de las vulneraciones se requerirá activar el contexto judicial, especialmente como estrategia para interrumpir situaciones de violencia o grave vulneración de derechos.

3.5 Cobertura y Focalización Territorial

Cobertura

Se proyecta la cobertura señalada en el anexo 1.

Focalización Territorial

A partir de la definición de necesidad de oferta y en coherencia con la demanda identificada en cada dirección regional, se requiere que esta modalidad de intervención se implemente en los territorios que indica el Anexo 1.

⁷⁰ Área Protección de Derechos. Unidad de Estudios y Departamento de Protección de Derechos. SENAME, marzo 2013.

3.6 Objetivos y matriz lógica

3.6.1 Objetivo General

Contribuir a la reparación del daño ocasionado a niños, niñas y adolescentes víctimas de negligencia grave, abandono y explotación, favoreciendo la integración familiar y social, logrando como resultado la interrupción de sintomatología y/o de conductas que transgreden derechos de otras personas.

3.6.2 Objetivos específicos

- a) Interrumpir las situaciones de vulneración que afectan al niño, niña o adolescente, mediante la activación de recursos de la familia, judiciales, sectoriales y/o de la comunidad.
- b) Desarrollar habilidades parentales en los adultos de la familia u otros a cargo del niño(a) o adolescente, para garantizar la protección durante el proceso de resignificación y en forma permanente.
- c) Contribuir a la resignificación de las experiencias de vulneración, de manera que el niño(a) o adolescente supere síntomas y acciones transgresoras y retome las tareas propias de su etapa de desarrollo.
- d) Desarrollar una intervención integral a través de coordinación con otros sectores y redes, de acuerdo a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes y de los adultos a cargo de su cuidado.

3.6.3 Matriz Lógica

Fin Contribuir a la protección, reparación y restitución de derechos de niños(as), niñas y adolescentes víctimas de negligencia grave, abandono y explotación.			
Objetivo de Propósito	Indicadores	Metas	Medios de verificación
Contribuir a la reparación del daño ocasionado a niños, niñas y adolescentes víctimas de negligencia grave, abandono y explotación, favoreciendo la integración familiar y social, logrando como resultado la interrupción de sintomatología y/o de conductas que transgreden derechos de otras personas.	<u>Indicador de Eficacia</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes egresados por cumplimiento del PII, en el año t <i>(Número de niños, niñas y adolescentes egresados por cumplimiento del PII/Número de niño niñas y adolescentes egresados en el año t)*100</i>	70%	Base de datos Senainfo
	<u>Indicador de Eficacia</u> Porcentaje de <i>niños, niñas y adolescentes</i> egresados por causales asociadas a la intervención no reingresan al mismo programa o a uno de mayor complejidad en un período de 12 y/o 24 meses (según sean proyectos nuevos o de continuidad) a proyectos de la misma línea, respecto del total de niños(as y adolescentes egresados en los mismos períodos.	70%	Base de datos Senainfo

[illegible]

Interrumpir las situaciones de vulneración que afectan al niño, niña o adolescente, mediante la activación de recursos de la familia, judiciales, sectoriales y/o de la comunidad.	<u>Indicador de Eficacia</u> Porcentaje de niños, niñas y adolescentes en los que se logra la interrupción de las situaciones de vulneración de derechos respecto del total de <i>niños, niñas y adolescentes</i> egresados del proyecto. <i>(Número de niños niñas y adolescentes egresados en que se interrumpe la vulneración de derechos/ total de niños, niñas y adolescentes egresados del proyecto)*100</i>	70%	Base de datos Senainfo
Desarrollar habilidades parentales en los adultos de la familia u, otros a cargo del niño(a) o adolescente, para garantizar la protección durante el proceso de resignificación y en forma permanente.	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes egresados que cuenta con un adulto que garantiza la protección y el ejercicio de derechos. <i>(Número de niños niñas y adolescentes egresados con un adulto que garantiza la protección y el ejercicio de derechos / total de niños, niñas y adolescentes egresados del proyecto)*100</i>	70%	Evaluación ex ante-ex post de competencias parentales.
Contribuir a la resignificación de las experiencias de vulneración, de manera que el niño(a) o adolescente supere síntomas y acciones transgresoras y retome las tareas propias de su etapa de desarrollo.	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes egresados que supera sintomatología. <i>(Número de niños niñas y adolescentes egresados que supera sintomatología / total de niños, niñas y adolescentes egresados del proyecto)*100</i>	70%	Evaluación ex ante- ex post del niño, niña o adolescente.
	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que interrumpen prácticas transgresoras respecto del total de niños/as y adolescentes que presentaban prácticas transgresoras al ingreso al programa <i>(Número de niños, niñas y adolescentes que interrumpen prácticas transgresoras/ número de niños/as y adolescentes que presentaban prácticas transgresoras al ingreso al programa) *100</i>	70%	Evaluación ex ante- ex post del niño, niña o adolescente.

Desarrollar una intervención integral a través de coordinación con otros sectores y redes, de acuerdo a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes y de los adultos a cargo de su cuidado.	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes egresados que recibieron prestaciones intersectoriales de acuerdo a requerimientos. <i>(Número de niños niñas y adolescentes egresados que recibieron prestaciones intersectoriales de acuerdo a requerimientos / total de niños, niñas y adolescentes egresados del proyecto)*100</i>	80%	Base de datos Senainfo.
	Porcentaje de adultos a cargo de niños, niñas y adolescentes egresados que recibieron prestaciones intersectoriales de acuerdo a requerimientos. <i>(Número de adultos a cargo de niños niñas y adolescentes egresados que recibieron prestaciones intersectoriales de acuerdo a requerimientos / total de niños, niñas y adolescentes egresados del proyecto)*100</i>	80%	Base de datos Senainfo.

Las siguientes metas transversales se consideran en cualquier modalidad de programas del Departamento de Protección de Derechos, puesto que dan cuenta de la gestión técnica relevante en la intervención de NNA y sus familias, la calidad de la información que proporciona los proyectos a Sename y la satisfacción que reportan los usuarios respecto de la atención recibida.

- Calidad de la Información: índice de calidad de la información de acuerdo a los criterios de oportunidad, información del proyecto sin dato, diagnostico no registrado, información de ingreso sin dato⁷¹.

La meta será de 1,4.-

Fórmula de cálculo.

(Sumatoria de los subtotales de las categorías oportunidad, información del proyecto sin dato, diagnostico no registrado, e información de ingreso si dato)/4

60% del Recurso humano del Programa muestra estabilidad para el desarrollo de sus funciones y logro de objetivos

Fórmula de Cálculo:

(Número de trabajadores que se mantienen desde el inicio del proyecto/número de trabajadores inicialmente contratados en el proyecto)*100

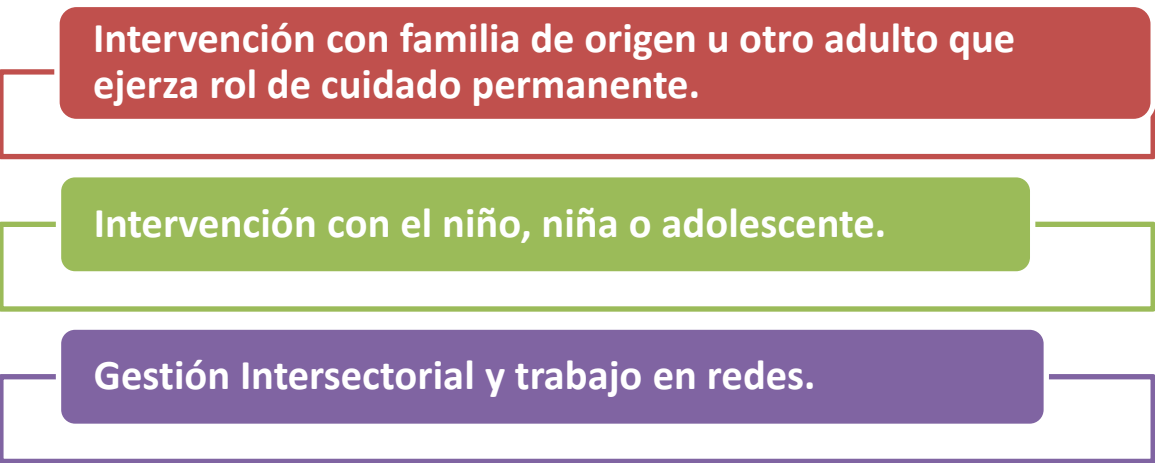
⁷¹ El índice de calidad de la información será definida por el Servicio Nacional de Menores anualmente y será monitoreada a través de la plataforma SENAINFO.

3.7 Componentes del Modelo

En la modalidad se distinguen tres componentes a desarrollar durante la intervención, en cada uno de ellos se identifican a continuación las prestaciones que les corresponde realizar a los equipos de los proyectos de intervención integral especializada:

- A. Intervención con familia de origen u otro adulto que ejerza rol de cuidado permanente.
- B. Intervención con el niño, niña o adolescente.
- C. Gestión Intersectorial y trabajo en redes.

Diagrama Componentes de la Intervención. Programas de Intervención Integral Especializada (PIE).



A. Intervención con familia de origen u otro adulto que ejerza rol de cuidado permanente.

En este componente se desarrolla la intervención con la familia de origen u otros familiares, desde el ingreso hasta el egreso de la modalidad.

a) Acogida, establecimiento de alianza terapéutica (Plazo 1 mes)

El ingreso a la modalidad requiere la construcción de una relación de apoyo, tanto con los niños, niñas y adolescentes, como con el adulto a cargo, para ello será necesario generar espacios de encuentro para acceder a sus impresiones y opiniones, sobre la derivación al programa y causas de la misma.

La construcción de vínculo entre el equipo y los usuarios(as) es un proceso que se desarrolla a lo largo del proceso de intervención.

Para acoger a la familia de origen, el equipo debe estar preparado para aclarar el marco coactivo en que opera el programa y desarrollar una demanda para la intervención desde la madre, el padre u otro adulto a cargo del cuidado del niño(a) o adolescente.

El o la adulto a cargo puede llegar afectado(a) emocionalmente por la derivación a un programa de Sename desde el Tribunal de Familia, y puede tener, o no, claridad del origen de la determinación adoptada por el Tribunal.

Es necesario que en un primer encuentro se aclare que el programa trabaja en coordinación con el Tribunal de Familia, que tiene por misión cautelar las condiciones de protección del niño(a) o adolescente y apoyar a los padres para modificar los comportamientos que dañan a su hijo/a (se puede mencionar el problema por el que llegaron o motivo de ingreso); por tanto el equipo no está “contra los padres” sino que busca ayudarlos a realizar su tarea.

Para hablar con la familia hay que evitar actitudes moralizantes o juicios, y destacar que el rol del equipo no es condenarlos, sino ayudar al niño(a) o adolescente cuyo bienestar será una preocupación de los padres, más que de los profesionales. Asimismo hay que explicitar el trabajo en red, aclarando el contenido de la información y la forma de transmitirla de un profesional a otro. Al respecto es relevante recordar que lo que decimos a otros profesionales de la familia, debe poder decirse ante ellos⁷².

Parte esencial del trabajo con la madre y/o padre es que pueda asumir la responsabilidad que le corresponde en el maltrato pasivo o activo, a su hijo o hija; abordando en primer lugar la responsabilización de la vulneración de derechos ocurrida y la disposición a colaborar con la intervención.

Para lo anterior, se parte desde el discurso de la madre o padre, que puede presentar distintos niveles de negación del maltrato: negación de que los hechos sean ciertos (acusa a la víctima de mentir y persecución de los profesionales); negación de la conciencia (externaliza la responsabilidad, por ejemplo “no sabía lo que hacía a causa de la droga”); negación de la responsabilidad donde se admiten los hechos y se tiene conciencia de ellos, pero la responsabilidad se atribuye a otro (la víctima se comportó de un modo que merecía el maltrato); negación del impacto, es decir la minimización del daño ocasionado al niño(a) por el acto violento.⁷³ Se espera que al menos exista ambivalencia en el discurso de la madre o el padre, respecto de la vulneración, a fin de que sea posible trabajar la responsabilización respecto de lo ocurrido y el cambio hacia la efectiva protección de su hijo(a).

El desafío para los profesionales es decodificar la petición de ayuda de los padres y vincularse con ellos para hacer surgir la motivación al cambio⁷⁴. Para desarrollar vinculación y motivación al cambio es de utilidad mirar los recursos de los padres y de la red de relaciones familiares y sociales.

El modelo de competencias se caracteriza por la confianza en los recursos de quién aprende, la creación de contextos educativos protectores, representa un cambio en relación a los modelos de expertos y ha mostrado mayor efectividad en la intervención con familias “multiproblemáticas”. Junto a este enfoque, la mirada de la resiliencia, a través de la indagación del apoyo social con que cuenta la familia, la identificación de aprendizajes y crecimientos que las personas han tenido a partir de experiencias dolorosas y/o experiencias traumáticas del pasado⁷⁵, entre otros, ofrece a los equipos la posibilidad de revisar el problema y las estrategias para enfrentarlo, especialmente considerando lo crónico de muchas de las situaciones y los intentos previos de solución que han resultado infructuosos.

Cuando no existe disposición de los adultos a participar de la intervención, el equipo debe iniciar la búsqueda en la red familiar extensa y comunitaria de otros adultos significativos, que tengan disposición a participar en el proceso y a constituirse en apoyo estable para el niño, niña o adolescente.

Medidas de Urgencia

Otra de las tareas de la etapa es evaluar las condiciones de protección y tomar las medidas de urgencia necesarias para interrumpir las situaciones de grave vulneración, lo que requiere estudiar los antecedentes disponibles, conocer las experiencias previas

⁷² Cirillo, Stefano 2012, citado en Guía de estrategias de intervención Familiar. Instituto Chileno de Terapia Familiar, Programa Vida Nueva SENAME, abril 2014.

⁷³ Ibídem.

⁷⁴ Guía de estrategias de intervención Familiar. Instituto Chileno de Terapia Familiar, Programa Vida Nueva Sename, abril 2014.

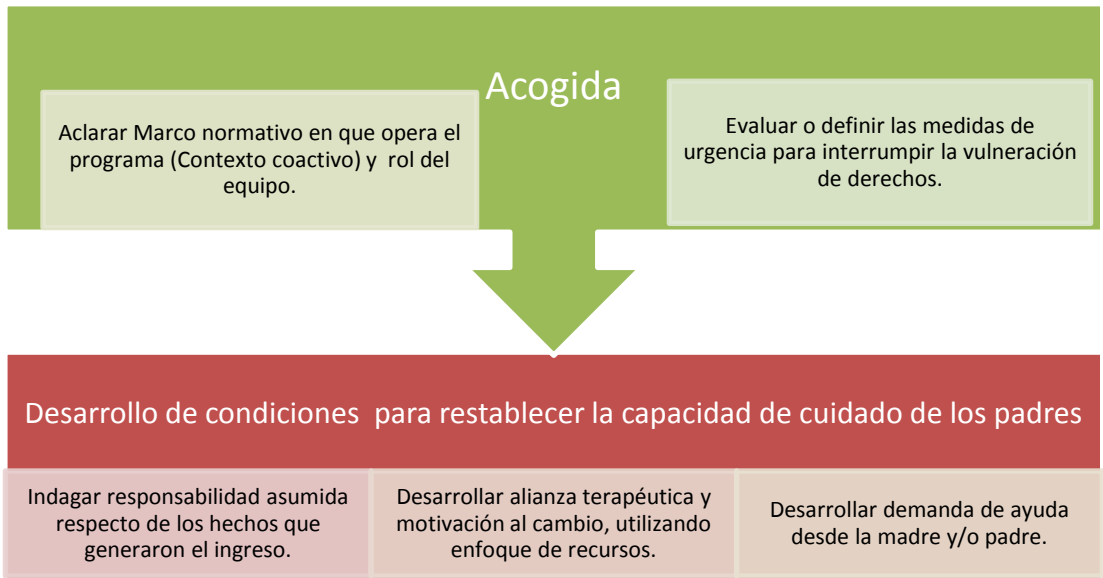
⁷⁵ “En la ruta de la promoción y desarrollo de competencias parentales”. Guía de estrategias de intervención. Programa Vida Nueva. DEPRODE/ Instituto Chileno de Terapia Familiar, Santiago de Chile, julio 2013.

de tratamiento y sus resultados, a fin de que las medidas sean atingentes e idealmente consensuadas con los usuarios (as).

Interrumpir la grave vulneración de derechos, a través de acciones en los ámbitos jurídico, social y/o familiar, es un requisito básico para realizar intervención reparatoria, siendo además el logro mínimo a obtener por un programa especializado.

La adopción de medidas de urgencia se realiza desde el ingreso de los niños, niñas y adolescentes a la lista de espera y se evalúan durante toda la intervención (Ver anexo Nº 1 Criterios de priorización del ingreso a PIE)

Diagrama resumen de acciones para la acogida y establecimiento de alianza para el cambio con la familia:



b) Diagnóstico: Evaluación de competencias parentales y de las condiciones para el ejercicio de la parentalidad (Plazo 2 meses)

Los objetivos de la etapa de diagnóstico son: obtener información relevante para identificar factores de protección y de riesgo para el niño, niña o adolescente y elaborar un plan de intervención atingente a las necesidades de los usuarios (as).

El adulto de la familia puede ingresar con diagnóstico de competencias parentales realizado por un proyecto de Diagnóstico Ambulatorio (DAM), situación en que se debe conocer el informe y determinar si se requiere información complementaria.

La familia puede contar con historia de atención en otros programas de la red, siendo necesario entonces recabar antecedentes sobre la intervención realizada y sus resultados. Para eso, el equipo deberá conocer y utilizar desde el ingreso de un niño o niña el registro histórico que arroja la Base de Datos Senainfo.

Así también, la familia puede ingresar sin diagnóstico, caso en que el equipo debe realizar el diagnóstico de competencias parentales a través de la aplicación de la Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte”, NCFAS-G, instrumento que también se aplicará al finalizar la intervención, a fin de evaluar logros.

El informe de competencias parentales debe contener antecedentes acerca de los siguientes ámbitos:

- A. Entorno**
- B. Competencias Parentales**
- C. Interacciones Familiares**
- D. Seguridad Familiar**
- E. Bienestar del Niño(a)**

F. Vida Social/ Comunitaria
G. Autosuficiencia
H. Salud Familiar

Asimismo, se deben evaluar las condiciones para el ejercicio de la parentalidad, es decir, los factores de riesgo y protectores del entorno y de las políticas públicas: presencia de focos de violencia en el sector de residencia, presencia de organizaciones comunitarias o adultos garantes de derechos, acceso a programas de protección social, etc.

Al final de la evaluación se realiza un informe integrado⁷⁶ con la información diagnóstica de competencias parentales de la madre y/o el padre u otro adulto y del contexto, sumándola a la información del niño(a) o adolescente.

En todos los casos se devuelve a la madre, padre u otro adulto el diagnóstico del equipo, recogiendo la opinión de ésta o éste respecto de lo evaluado.

Diagrama resumen de acciones para el diagnóstico del adulto a cargo.



c) Diseño del PII (Plazo 1 semana)

Entendiendo que el diseño del Plan de Intervención Individual contiene todos los componentes del programa, en este espacio se desarrollará lo referido al diseño y ejecución de la intervención con la familia.

El diseño del plan de intervención, en este aspecto, incluye estrategias para desarrollar competencias de los adultos para el cuidado del niño(a) o adolescente, considerando la situación que originó el ingreso a la modalidad y los recursos y limitaciones que presenta el adulto para el ejercicio de la parentalidad.

Cuando el niño(a) o adolescente ingresó a un programa de cuidado alternativo (residencia o familia de acogida), se establece coordinación para compartir los planes de intervención elaborados por cada equipo, a fin de integrarlos en un plan conjunto, con responsabilidades específicas de cada uno de ellos.

El plan de intervención se comparte con la madre o el padre, u otro adulto integrando su punto de vista en el diseño del mismo.

⁷⁶ Ver Anexo Nº 4 Formato de Informe Diagnóstico Integrado.

d) Ejecución del plan de Intervención (12 meses)

A continuación se desarrolla la intervención con familia durante la fase de ejecución del PII:

o Intervención con Familia

Los objetivos de la etapa de ejecución del PII respecto de los adultos a cargo son, **evitar la reiteración de acciones u omisiones que afectan el desarrollo del niño(a) o adolescente y ampliar y/o fortalecer habilidades del adulto para garantizar la protección.**

Las metodologías a utilizar para el desarrollo de competencias parentales son:

- **Intervención socio educativa**, la que puede ser individual o con apoyo contextual de adultos de la familia extensa o del entorno comunitario, en colaboración con otros equipos intervinientes y realizarse en visitas domiciliarias, talleres o sesiones individuales;
- **Terapia familiar y/o intervención terapéutica** individual o grupal, en el centro o en coordinación con salud u otras redes según requerimientos del adulto a cargo.
- **Sesiones conjuntas adulto a cargo - niño(a) o adolescente**, espacio en que se aborda la relación y los profesionales trabajan a partir de modelaje e indicaciones para que el adulto se adecúe a las necesidades del niño(a) o adolescente, dentro de las técnicas se puede utilizar el video feed back, por ejemplo.
- **Derivación a otras redes de apoyo**, necesarias para mejorar las condiciones del adulto para ejercer el cuidado al niño(a) o adolescente, ya sea para atención de salud según requerimientos o apoyo social, entre otros.
- **Seguimiento del cuidado brindado al niño(a) o adolescente**, a través de reportes de la escuela y salud, principalmente.

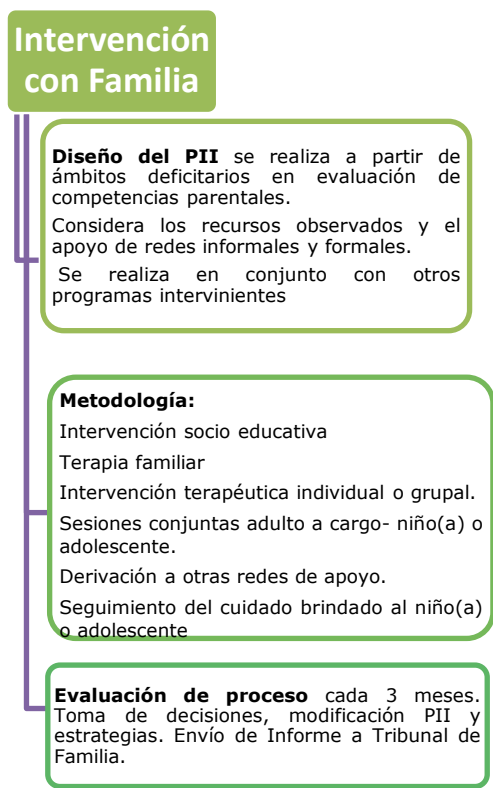
o Evaluación de Proceso (Cada 3 meses)

La intervención para recuperar o desarrollar la capacidad de cuidado de la madre o el padre, requiere ser evaluada en forma permanente a fin de solicitar al Tribunal en forma oportuna la toma de decisiones que garanticen el bienestar del niño(a) o adolescente a largo plazo.

A partir de la evaluación de proceso pueden redefinirse las estrategias de intervención y los plazos de la misma.

Se establece que la evaluación sea trimestral y en conjunto con otros programas intervinientes, cuando hay más de un programa trabajando con el adulto y el niño(a) o adolescente.

Diagrama resumen de acciones mínimas para el diseño y ejecución del plan de Intervención con familia.



e) Egreso (2 meses)

Etapa destinada a valorar los logros de la ejecución del PII, para lo cual se realiza evaluación de los resultados del proceso con los usuarios (as), es decir, la evaluación ex post de competencias parentales a fin de mostrar los avances observados por el equipo y contrastar con los cambios que aprecian los niños, niñas y adolescentes y el adulto a cargo. En esta evaluación se incluyen los profesionales de las redes con que se ha desarrollado trabajo coordinado.

Con la familia la evaluación de los logros se realiza a partir del diagnóstico inicial: a través de la aplicación ex post de la Escala NCFAS-G. Lo antes señalado es una parte de la evaluación al cierre que integra la evaluación ex post de la integración socio comunitaria del niño(a) o adolescente, los avances observados en su desarrollo y en la disminución de sintomatología.

Al finalizar la ejecución del plan de intervención, se inicia la etapa de egreso, quedando gestionados los apoyos en el ámbito de la protección social, u otras prestaciones según requerimientos del o los adultos a cargo.

En la fase de egreso se distancian citaciones a fin de evaluar la estabilidad de los cambios.

Si se observa lograda la protección en el contexto familiar se pide el egreso del niño(a) o adolescente al Tribunal de Familia; cuando se observa requerimiento de apoyo puede coordinarse con el Programa de Prevención Focalizada (PPF) para pedir que realice seguimiento y sugerirlo en el Informe de solicitud de egreso al Tribunal de Familia.

B. Intervención Reparatoria con el niño, niña o adolescente.

El niño, niña o adolescente es el foco de la intervención del equipo, requiriéndose educadores (as) y profesionales con capacidad empática y formación para captar estados emocionales y la evolución del desarrollo, a través de la observación y realización de actividades conjuntas. Los profesionales deben actuar siempre oportunamente en la toma de decisiones fundadas en el interés superior del niño.

a) Fase de ingreso (1 mes)

El ingreso del niño, niña o adolescente, generalmente es una decisión del Tribunal de Familia, por lo que a la llegada de éste al programa se debe realizar **el encuadre**, es decir, la presentación de los objetivos de la intervención, ello en lenguaje simple y respondiendo a las preguntas que pueda realizar; asimismo se presenta el equipo que lo atenderá y las dependencias del proyecto.

El logro de vinculación es un proceso que puede iniciarse con el rechazo del niño, niña o adolescente a la relación de ayuda, aspecto a considerar para el diseño de estrategias con este fin.

“Los mecanismos de la intervención han de desarrollar un manto que proteja a los niños de su propio sufrimiento, puesto que en no pocas oportunidades estos se traducen en conductas agresivas o autolesivas, comportamientos disruptivos, trastornos disociativos, dificultades de aprendizaje, precocidad o promiscuidad sexual, entre otros”.⁷⁷

Para lo anterior los equipos deben contar con preparación para realizar intervenciones en crisis, es decir, estados de desorganización que se producen por el impacto de una situación que altera la vida y que sobrepasa la capacidad habitual de las personas para enfrentar problemas. **Las crisis** son situaciones agudas, acotadas en el tiempo, no obstante los usuarios de PIE habitualmente se encuentran en **contextos críticos**, esto es en situaciones crónicas, mantenidas en el tiempo, en que reiteradamente el tipo, cantidad o complejidad de los problemas excede los recursos propios o incluso los del contexto, y las alternativas de solución disponibles⁷⁸.

La preparación para intervenir en crisis implica conocimiento de los tipos de crisis (esperables e inesperadas a nivel individual y familiar), de sus efectos, y de las estrategias de primer apoyo para lograr estabilizar emocionalmente a los usuarios(as).

- **Establecimiento de vinculación con el niño(a) o adolescente.**

Establecer una vinculo de confianza con cada niño(a) o adolescente, de acuerdo a su etapa de desarrollo, género, pertenencia cultural y capacidades diferentes, es un primer desafío para el equipo. Lo anterior implica aceptar a cada niño(a) o adolescente y ser reconocidos como adultos a los cuales puedan acudir para comunicar lo que les ocurre o pedir apoyo, desde el ingreso al programa.

Los equipos evalúan fundamental lograr adherencia de los (as) usuarios (as), porque de ello depende el éxito o fracaso de la intervención. Para lograr lo anterior, considerando la existencia de trayectoria previa en otros programas de la red, se privilegia la atención en terreno o en setting no tradicional, la participación de los usuarios(as), la realización de actividades que responden a sus intereses, entrevista motivacional, entre otras. Asimismo se privilegia un estilo relacional semejante al utilizado en intervenciones de primer apoyo en crisis: validar a la persona (creer el relato, validar las emociones, normalizar las reacciones) y no enjuiciar⁷⁹.

- **Evaluar las condiciones de protección y adoptar medidas de urgencia.**

Una de las tareas de la etapa es evaluar las condiciones de protección y tomar las medidas de urgencia necesarias para interrumpir las situaciones de grave vulneración, lo que requiere estudiar los antecedentes disponibles, conocer las experiencias previas de tratamiento y sus resultados, a fin de adoptar medidas atinentes e idealmente consensuadas con los usuarios/as.

⁷⁷ Barudy, J. y Dantagnan, M., 2005, citados en Programa Abriendo Caminos. Ibídem.

⁷⁸ Curso Marcos de referencia para el diagnóstico e intervención con niños/as y jóvenes del Programa Vida Nueva. Módulo IV Estrategias de Primer Apoyo. Tema 11 Intervención en Crisis. Académicos: Docentes Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato. Universidad Católica. 2011-2012.

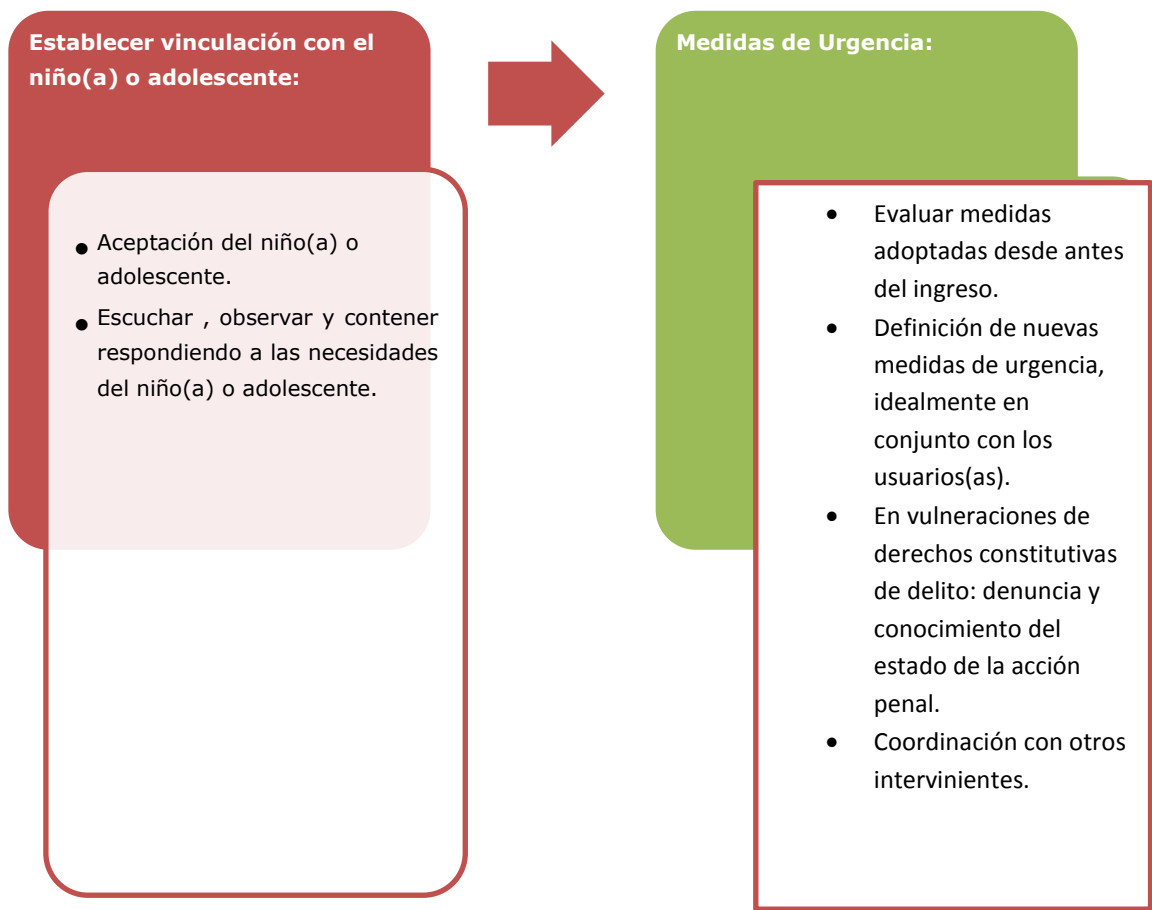
⁷⁹ Curso Salud Mental: Marcos de Referencia para el Diagnóstico e Intervención con niños y jóvenes del Programa Vida Nueva. Universidad Católica 2011-2012. Documento “Estrategias de primer apoyo”.

Las medidas para interrumpir la grave vulneración de derechos que origina el ingreso, también requieren la activación de las redes familiares, judiciales, proteccionales, de salud, educación, entre otras.

La adopción de medidas de urgencia se realiza desde el ingreso de los niños, niñas y adolescentes a la lista de espera y se evalúan durante toda la intervención (Ver anexo 1 Criterios de priorización del ingreso a PIE)

En caso de niños(as) víctimas de una vulneración de derechos constitutiva de delito, se debe indagar la existencia de denuncia y si la hay, conocer el curso de la acción penal y la participación de otros actores, por ejemplo la Unidad de Atención a Víctimas y Testigos del Ministerio Público, el Programa de Representación Jurídica u otros, a fin de coordinar la intervención.

Diagrama resumen de la fase de ingreso al programa.



b) Fase de Diagnóstico (Plazo 2 meses)

- **Validar y/o complementar el diagnóstico realizado por DAM u otros programas de la red Sename.**

Respecto del diagnóstico del niño(a) o adolescente, pueden darse distintas situaciones. Una es que el Programa de Diagnóstico Ambulatorio (DAM) haya sugerido al Tribunal de Familia la derivación al programa y por tanto exista diagnóstico psicológico, social o psicosocial. En ese caso, los antecedentes deben ser revisados por el equipo psicosocial, estimándose la necesidad de agregar información para completar el diagrama de diagnóstico que se presenta más adelante.

También puede darse que el niño(a) o adolescente ingrese al centro sin diagnóstico previo, caso en que el programa debe realizar diagnóstico.

Para la profundización diagnóstica que le compete realizar al programa, una primera acción es la revisión de la historia del niño(a) en la red Sename, pues si existen

intervenciones en otros programas es necesario conocer sus características y resultados.

El diagnóstico del niño(a) debe ser **integrado**⁸⁰, considerando los niveles: individual, familiar y socio-comunitario, incluyendo elementos referidos a la dificultad o carencia y también a los recursos, como se señala a continuación:

- Cumplimiento de tareas del desarrollo/Alteraciones del desarrollo o sintomatología específica presentada por el niño(a) o adolescente producto de las vulneraciones/Sospecha de trastornos de salud mental⁸¹ /Integración social (relaciones con adultos, pares, inserción escolar, presencia de conductas transgresoras) / Recursos resilientes del niño(a) o adolescente.
- Falta de competencias para la protección de los adultos de la familia de origen/ Recursos de los padres y/o de otros adultos de la familia de origen o que tengan vinculación con el niño(a).
- Falta de acceso a prestaciones que deben estar garantizadas para todos los niños(as) y adolescentes del país / Existencia de las prestaciones requeridas en el espacio comunitario.
- Falta de acceso de la familia a prestaciones que aporten al ejercicio de la parentalidad / Existencia de las prestaciones sociales de apoyo al ejercicio de la parentalidad.
- Intervenciones de protección especial previas, que no lograron estabilidad en la restitución de derechos/Recursos de la protección especializada para dar respuesta atingente a las necesidades actuales del niño(a) o adolescente.

El logro de las tareas del desarrollo se evalúa a través de la aplicación de escalas y pruebas específicas seleccionadas de acuerdo a la edad, utilizándose además la observación, el reporte de la familia de origen, e informes de garantes de derechos.

El diagnóstico del niño(a) se integra con la evaluación de competencias parentales del adulto a cargo, antes desarrollada con mayor detalle en el componente “Intervención con familia u otro adulto a cargo del cuidado permanente”, de las presentes Orientaciones Técnicas.

Para conocer los ámbitos de inserción socio-comunitaria del niño(a) o adolescente y compararlo con la inserción socio-comunitaria⁸² esperada de acuerdo a su etapa de desarrollo, pertenencia cultural y capacidades diferentes, se deben considerar las siguientes orientaciones que permitirán completar el **diagrama diagnóstico socio-comunitario**, comparando lo esperado, con la integración socio- comunitaria real.

Diagrama Diagnóstico del Niño(a) o Adolescente. Integración socio comunitaria de acuerdo a la etapa de desarrollo



⁸⁰ Ver Anexo N° 4 Formato de Diagnóstico Integrado.

⁸¹ La sospecha de trastornos de salud mental requiere dominio de los criterios del CIE 10 a fin de realizar derivaciones atingentes al servicio de salud para evaluación y tratamiento.

⁸² Plan de Acción Intersectorial 2014-2017. Transición desde el Acogimiento Residencial hacia un Sistema de Protección Especial de Base Familiar y Comunitaria para la Primera Infancia Vulnerada en sus Derechos. Consejo Nacional de la Infancia, septiembre, 2014.

Las brechas observadas pueden ser explicables por el impacto de las vulneraciones de derechos sobre el logro de las tareas del desarrollo, en diferentes ámbitos: socio-afectivo, cognitivo, del lenguaje, desarrollo moral y desarrollo sexual, además de otros síntomas, como también por situaciones de vulnerabilidad y exclusión de la familia.

Por otra parte, el niño(a) o adolescente cuenta con recursos resilientes, a conocer y desarrollar, y es dependiente de la protección entregada por el adulto a cargo, quién verá reforzada su capacidad de cuidado cuando existan redes de apoyo en el entorno comunitario y de las políticas públicas.

Para realizar el diagnóstico referido a la inserción en las redes, el equipo debe conocer las prestaciones de protección universal y especial existentes en el país y en el entorno comunitario, y las formas de gestionar el acceso para el niño(a) o adolescente y la familia.

Como producto de la evaluación diagnóstica, integrando los antecedentes de la familia y del niño(a) o adolescente, se obtendrá una hipótesis explicativa de las causas particulares que, en cada caso, determinan la existencia de la grave vulneración de derechos, así como de los requerimientos de intervención, considerando los recursos de los usuarios(as) para el cambio. Con los antecedentes recabados, se realiza **informe integrado**.

En todos los casos en que el nivel de desarrollo lo permita se devuelve al niño(a) el diagnóstico, integrando la opinión de éste(a) a la evaluación del equipo.

c) Diseño del Plan de Intervención Individual (Plazo 1 semana)

Entendiendo que el diseño del Plan de Intervención Individual contiene todos los componentes del programa, en este espacio se desarrollará lo referido al diseño y ejecución de la intervención con el niño(a), la que está dirigida a garantizar su protección y bienestar (lo que incluye el acceso efectivo a las redes y servicios que le corresponden de acuerdo a su edad, nivel de desarrollo y necesidades), desarrollar acciones destinadas a reparar los efectos de las graves vulneraciones de derechos, y al fortalecimiento paulatino de la relación con la familia o adulto a cargo que está participando del proceso de intervención para asumir la protección en forma estable.

El Plan de Intervención Individual consigna la o las hipótesis explicativas de la grave vulneración de derechos que originó el ingreso, define las acciones a desarrollar para el logro de cada objetivo específico, responsables y plazos, a fin de que este instrumento permita evaluar avances, o la necesidad de redefinir las estrategias, de acuerdo a la evolución observada.

En específico, la intervención reparatoria aborda la elaboración del trauma ocasionado al niño(a) o adolescente por la grave vulneración de derechos.

Desde esta perspectiva el diseño del plan de intervención se realiza a partir del diagnóstico de cada niño(a), considerando sus dificultades y recursos.

Si el niño(a) asiste a otro programa, se establece coordinación con esa instancia para compartir los planes de intervención elaborados por cada equipo, a fin de integrarlos en un **plan conjunto**, con responsabilidades específicas de cada equipo. También se actúa coordinadamente con las instancias de educación, salud y otras a las que debe acceder el niño(a) o adolescente.

Dentro de los sistemas de registro de acciones se requiere contar con: Formato de Plan de Intervención Individual, Formato de Registro de intervenciones en carpeta individual y Protocolos de trabajo con redes.

Según el nivel de desarrollo del niño(a), el plan de intervención se comparte con éste(a) utilizando lenguaje simple y comprensible y respondiendo a sus preguntas, dejando registro de sus preocupaciones.

d) Ejecución del Plan de Intervención Individual (Plazo 12 meses)

El objetivo de la etapa es que el niño, niña o adolescente resignifique su experiencia de grave vulneración de derechos, y este logro se exprese en la superación de sintomatología y de las dificultades en la integración social.

La intervención es terapéutica y socio educativa, individual o grupal, con trabajo coordinado con redes de acuerdo a las necesidades de cada caso, puede incluir intervención específica en el desarrollo de habilidades para la reintegración escolar y la continuidad de estudios.

Las metodologías a utilizar para la intervención reparatoria se deben ajustar a la etapa de desarrollo y necesidades del niño(a) o adolescente:

- **Relación tutorial** reparatoria de los fallos en la relación de cuidados primaria.
- **Intervención socio educativa**, que puede ser individual con apoyo contextual, es decir, de los adultos, educadores (as), familia de origen, e idealmente con colaboración del entorno escolar u otros equipos y realizarse en sesiones de grupo de pares y/o sesiones conjuntas con el adulto a cargo o en setting no tradicional.
- **Intervención psico terapéutica**, individual o grupal, con técnicas seleccionadas de acuerdo a la edad del niño(a) y a las características del trauma; creación de un contexto relacional gratificante, buscando modificar formas de sentirse en el mundo y en la relación con los otros, apuntando a la construcción de otros sí mismos posibles.
- **Derivación a otras redes** según requerimientos y monitoreo del proceso del niño(a) o adolescente en éstas.

Durante toda la intervención se mantiene el monitoreo al niño(a) o adolescente en el contexto social y de su integración socio comunitaria, cautelando su bienestar físico y emocional.

Diagrama resumen del diseño y ejecución del plan de intervención del niño(a) o adolescente



e) Fase de Egreso (Plazo 2 meses)

Etapa destinada a valorar los logros de la ejecución del PII, para lo cual se realiza evaluación ex post de la sintomatología e inserción socio comunitaria del niño, niña o

adolescente, a fin de mostrar los avances observados por el equipo y contrastar con los cambios que aprecian los niños, niñas y adolescentes y el adulto a cargo. En esta evaluación se incluyen los profesionales de las redes con que se ha desarrollado trabajo coordinado.

En la fase de egreso se distancian citas a fin de evaluar la estabilidad de los cambios.

Si durante el seguimiento se observa lograda la protección en el contexto familiar, el equipo residencial pide el egreso del niño(a) al Tribunal de Familia. Si el equipo observa requerimiento de apoyo puede coordinarse con un proyecto de Fortalecimiento de Competencias Parentales (PPF) para solicitar que realice seguimiento, lo que podrá ser formalizado en el Informe de Solicitud de Egreso al Tribunal de Familia.

C. Gestión Intersectorial y trabajo en redes.

La gestión intersectorial y el trabajo en redes son transversales durante toda la intervención.

Durante la etapa de instalación del proyecto se debe construir un catastro de organizaciones presentes en el territorio⁸³, y establecer protocolos de colaboración con programas de protección universal y especial de derechos, relacionadas con ámbitos complementarios para la intervención con el niño(a) o adolescente y con el adulto a cargo.

Para ofrecer una atención integral los programas se vinculan con actores del ámbito judicial, de las políticas públicas de protección universal (educación, salud, apoyo social, trabajo, etc.) o especial (otros programas de la red SENAME).

En la fase de diagnóstico se identifican los factores de riesgo y protectores del entorno y de las políticas públicas para el ejercicio de la parentalidad. En el ámbito territorial se buscará la identificación de factores de riesgo y protección en el sector de residencia, así como la existencia y el acceso de los usuarios/as a las políticas públicas de protección universal.

Durante el **Diseño del Plan de Intervención Individual** se identifican los requerimientos de trabajo con otros programas y sectores e, idealmente, se incluye a los profesionales en la elaboración y evaluación del PII.

En la etapa de **ejecución del Plan de Intervención Individual** se desarrolla trabajo coordinado con las políticas y programas de protección universal o especial que aporten a entregar una respuesta integral a las necesidades de niños, niñas y adolescentes y adultos a cargo.

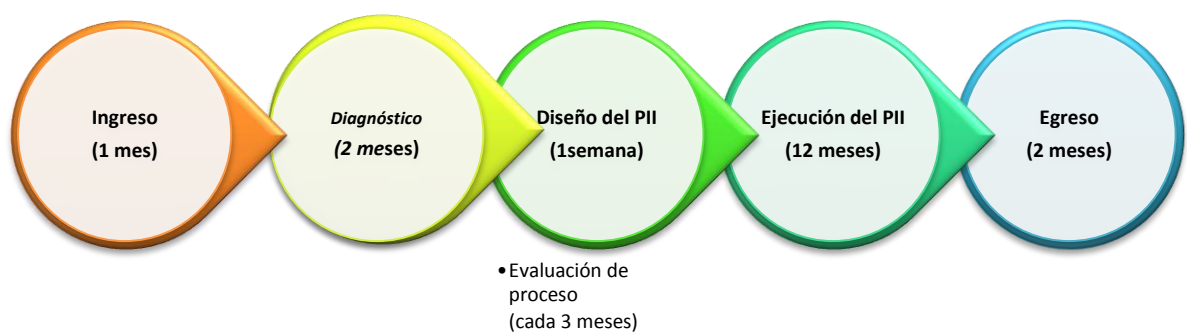
Se espera que los equipos establezcan alianza con los Tribunales de Familia durante toda la intervención, que el trabajo con sectores sea coordinado, evitándose de este modo la sobre intervención o que las acciones respondan a lógicas diferentes, limitando con ello las posibilidades de logros.

En la etapa de egreso, los equipos pueden monitorear la estabilidad de los logros a través de la coordinación con redes del territorio o de la solicitud a Tribunal de Familia para seguimiento del PPF cuando los logros no se han estabilizado.

3.8 Plazo de la intervención

El siguiente diagrama señala los plazos generales establecidos para la intervención:

⁸³ El Catastro debe ser actualizado cada 6 meses.



3.9 Equipo de Trabajo

3.9.1 Características del equipo de intervención

El equipo requerido es interdisciplinario: psicosocial, con apoyo de educadores, en proporción de una triada psicólogo-trabajador social-educador cada 25 casos. Lo anterior constituye la proporción ideal para la atención de los usuarios, pudiendo variar sólo por causas justificadas.

Este equipo es liderado por un director(a) y cuenta con apoyo administrativo (secretaria(o)- contable, auxiliar de aseo).

Los integrantes del equipo deben contar con la formación antes señalada y tener características personales para generar vinculación con niños, niñas y adolescentes, y realizar acompañamiento y modelaje con familias o adultos responsables, con el fin de aportar al desarrollo y fortalecimiento de sus competencias parentales.

El equipo de profesionales debe tener título de psicólogo(a) o trabajador(a) social. El psicólogo(a) debe tener formación y/o experiencia en intervención clínica y/o socio-comunitaria, con niños, niñas y adolescentes; además de formación para la intervención con adultos responsables y redes (evaluación de competencias parentales, desarrollo y fortalecimiento de competencias parentales, trabajo coordinado inter equipos de la red, etc.). El trabajador(a) social debe tener conocimiento del territorio y de las políticas públicas existentes para el trabajo complementario destinado a satisfacer las necesidades de los usuarios(as), así como formación o experiencia en intervención con niños niñas y adolescentes y adultos responsables (desarrollo y fortalecimiento de competencias parentales).

En los territorios que no cuentan con **oferta especializada específica en explotación sexual comercial, conductas abusivas de carácter sexual y situación de calle, los profesionales deben contar con capacitación para la intervención en estas problemáticas.**

Los educadores pueden tener formación profesional o técnica, siendo relevante la acreditación de experiencia laboral con niños(as), adolescentes y familias, particularmente en trabajo en el territorio y utilizando técnicas y estrategias que faciliten la vinculación con la población a atender.

Es indispensable que este personal sea seleccionado en un proceso que permita asegurar su idoneidad –acreditación profesional o técnica, evaluación de competencias y experiencia- junto a la revisión de antecedentes judiciales⁸⁴. En caso de adjudicación, la

⁸⁴ El Colaborador Acreditado tiene la obligación de consultar y revisar periódicamente, el registro nacional de la Ley N° 20.594 sobre inhabilidades para condenados por delitos sexuales, que se encuentra disponible en

conformación definitiva del equipo deberá considerar además un proceso de evaluación psicológica de sus integrantes.

La totalidad del equipo debe contar con motivación para el trabajo con niños, niñas y/o adolescentes y sus familias; habilidades interpersonales para contribuir al trabajo en equipo y la generación de un ambiente bien tratante, teniendo apertura al aprendizaje y la innovación en la puesta en práctica de los postulados de la Convención de Derechos del Niño.

3.9.2 Conformación del equipo de intervención: equipo para la atención de 50 NNA y sus adultos a cargo.

Cargo	Jornada	Formación y Experiencia	Funciones
Director/a	1 (44 horas semanales)	Profesional de las Ciencias Sociales (Trabajador(a) Social o Psicólogo(a)). Experiencia en coordinación de equipos y en intervención clínica o comunitaria con niños/as y familias. Conocimiento de las políticas públicas de protección especial y protección universal de derechos.	Responsable del proyecto en los ámbitos técnico y administrativo. Coordinación Técnica del equipo de trabajo. Coordinación de reuniones técnicas y clínicas. Articulación con Tribunales de Familia y redes de protección especial y universal de derechos. Revisión de informes técnicos dirigidos al Tribunal y otras instancias. Revisión de informes administrativos y financieros. Elaboración de informes de autoevaluación. Supervisión de registros en carpeta y SENAINFO
Responsable de Procesos de Intervención	2 (44 horas semanales cada una)	Trabajador(a) Social. Formación y/o experiencia en trabajo con niños, niñas y familias. Experiencia de intervención en redes.	Diagnóstico de NNA y familias en conjunto con psicólogo (a) y educador(a). Diseño, ejecución y evaluación del PII, en conjunto con psicólogo(a) y educador(a) Intervención con familias: Desarrollo de Talleres para el fortalecimiento de competencias parentales. Participación en la definición de medidas de urgencia. Participación en reuniones de equipo. Elaboración de Informes Evolutivos, en conjunto con psicólogo(a). Registro de información en carpetas y SENAINFO. Coordinación con redes (planificación, ejecución y evaluación).
Responsable	2	Psicólogo/a	Diagnóstico de NNA y

sitio Web del Registro Civil. www.registrocivil.cl "Consultas de registros en línea" en la opción [Inhabilidades para trabajar con menores de edad](#).

de Procesos de Intervención	(44 horas semanales cada una)	Formación y/o experiencia en intervención clínica y/o comunitaria infanto-adolescente y familiar.	familias en conjunto con trabajador (a) social y educador(a). Diseño, ejecución y evaluación del PII, en conjunto con trabajador(a) social y educador(a) Intervención individual y grupal con niños, niñas y familias. Participación en la definición de medidas de urgencia. Intervención en crisis. Participación en reuniones de equipo. Elaboración de Informes Evolutivos, en conjunto con trabajador(a) social. Registro de información en carpetas y SENAINFO Coordinación con redes del ámbito salud mental (planificación, ejecución y evaluación).
Educador(a)	2 (44 horas semanales cada una)	Educador con formación técnica completa en intervención social o Experiencia de intervención acreditada en territorio, con NNA en situación de calle y/o acompañamiento familiar.	Diagnóstico de NNA y familias en conjunto con psicólogo (a) y trabajador(a) social. Participación en el Diseño, ejecución y evaluación del PII, en conjunto con psicólogo(a) y trabajador social. Responsable de la ejecución de la intervención territorial con niños, niñas, familias y actores locales o comunitarios relevantes. Modelaje con familias Participación en la definición de medidas de urgencia. Participación en reuniones de equipo. Aporte de su visión en la elaboración de Informes Evolutivos, realizados por psicólogo(a) y trabajador social. Registro de información en carpetas y SENAINFO
Secretario/a	1 (44 horas semanales)	Título técnico de secretario (a) Formación y/o experiencia en apoyo administrativo y atención de público.	Atención general de público Apoyo en la gestión administrativa y financiera del proyecto. Participación en reuniones de equipo.
Auxiliar de aseo	½ jornada (22 horas semanales)	Experiencia en labores de aseo.	Mantener limpios los espacios destinados a la atención de público y a las

			tareas del equipo.
--	--	--	--------------------

3.9.3 Cuidado de Equipo

Las formas en que el equipo se organiza y la gestión del proyecto, son estrategias relevantes para favorecer el cuidado de los profesionales, así como las medidas que cada trabajador adopta para evitar la contaminación temática y otros efectos del trabajo en contextos de violencia.

Otras medidas posibles provienen del contexto institucional que puede proveer condiciones laborales que favorezcan la permanencia del equipo, así como, espacios de capacitación y/ o supervisión técnica.

IV. Recursos materiales

4. 1 Presupuesto

El proyecto considerará un costo mensual de 9,3 USS por cada niño/a o adolescente atendido/a, más la asignación de zona, en casos que corresponde. El valor de la USS será reajustado anualmente de acuerdo a la variación del IPC.

4.2 Respecto al inmueble de funcionamiento

Considerar:

- Local adecuado a las necesidades del proyecto: número de oficinas o salas pertinentes, equipadas con escritorios, sillas, computadores, teléfonos, gavetas para archivos de carpetas de causas, estantes para guardar materiales, espacios ornamentados y mobiliario adecuado para niños, niñas, adolescentes y sus familias. Baño para el personal y para público accesible a niños(as) y adolescentes, sala de recepción, sala de reuniones y en lo posible patio.
- Debe estar emplazado en un lugar de fácil acceso, y no ubicarse en zonas donde exista riesgo inminente para la salud o seguridad.
- Los espacios deben permitir una atención lo más personalizada posible, asegurando la privacidad requerida al o los/as usuarios/as.
- Debe contar con sala de terapia y salas para realización de actividades grupales.
- Debe estar emplazado en un lugar de fácil acceso, en el territorio a abordar.
- Estándares mínimos de higiene y seguridad.

Los estándares mínimos de higiene y seguridad a considerar implican adecuarse a normativa vigente con relación a: saneamiento básico (servicios higiénicos, servicios de alimentación), seguridad (vías de circulación, vías de escape, señalización); servicios básicos (instalaciones sanitarias, eléctricas y de gas, sistemas de detección de humo y combate de incendios, extintores, red húmeda y seca).

4.3 Respecto del equipamiento

Se requiere contar con computadores con las siguientes características:

- Procesador Intel Core i3 2.8 GHZ, o superior, capacidad de disco duro no inferior a 160 GB, memoria RAM mínimo de 4 GB MB, unidad óptica D/DVD, (opciones de multimedia son deseables por las características del software actual), deseable tarjeta de Red Fast Ethernet 100/1000 Mbps, Puertos USB 2.0 como mínimo.
- Impresora.
- Sistema operativo Windows 7 Profesional o superior, programas Office 2007 o Superior Standard o Profesional. Navegador Internet Explorer 8.0 (por compatibilidad con Senainfo, Solución Antivirus, Visualizador de archivos PDF.
- Conexión a Internet: ADSL mínima de 2 Mbps nacional / 1 Mbps Internacional.

Importante: Todo el Software instalado en el equipo deberá estar debidamente licenciado y contar además con todas las actualizaciones críticas y recomendadas por el fabricante.

Los requerimientos de computadores son necesarios para el ingreso de información al sistema de registro computacional de Sename (Senainfo), por tanto es necesario desde el inicio de su ejecución.

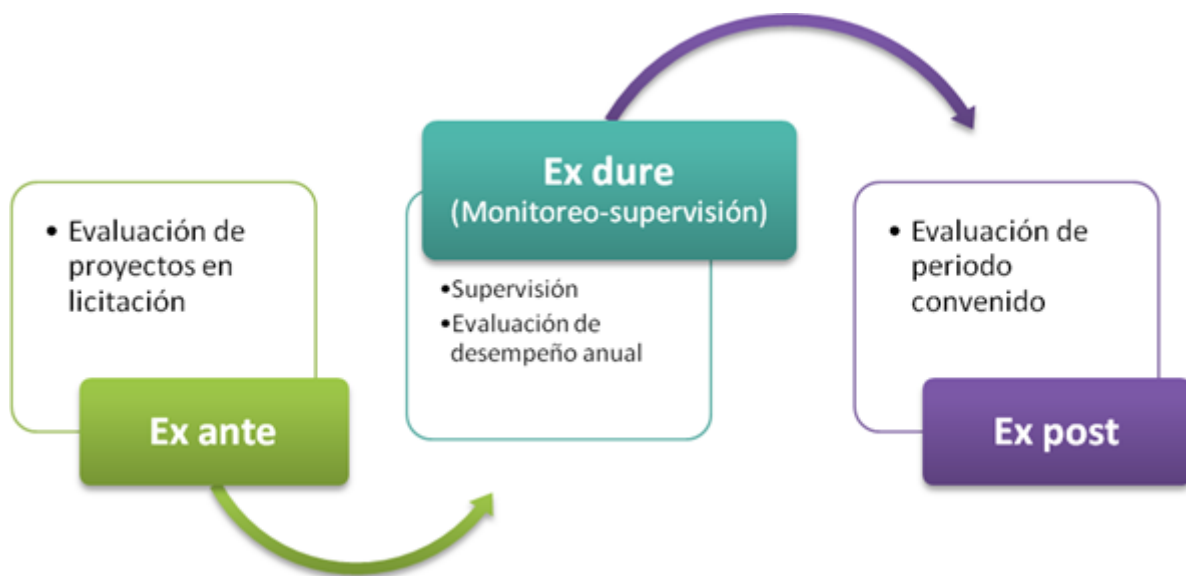
Además, se solicita disponer de teléfono, fax y correo electrónico.

El proyecto PIE debe resguardar que sus sistemas de información cuente con la protección adecuada de los datos e información sensible de los niños, niñas y adolescentes atendidos, tanto en los computadores, como lo registrado en las carpetas individuales. Además la información debe ser respaldada de manera segura, evitando tener información confidencial en dispositivos que se puedan extraviar (por ejemplo pendrive).

IV. Monitoreo y Evaluación del Programa.

El monitoreo y la evaluación de la modalidad, se realizará en dos niveles, uno a nivel de proyecto y el otro a nivel de programa. En su conjunto, tendrán como objetivo la generación de información sobre los procesos, resultados intermedios y finales de las intervenciones desarrolladas para la toma de decisiones que permitan su mejoramiento.

1.- En particular, **el Proyecto será monitoreado y evaluado** en las distintas fases de su ciclo de desarrollo, incluyendo:



a.- Evaluación Ex ante: en el proceso de licitación, equipos profesionales del Servicio evaluarán los proyectos presentados por los Organismos Colaboradores en función de los requerimientos de las bases de licitación. Este análisis se orienta al análisis técnico de la coherencia, pertinencia y factibilidad del diseño presentado para su aprobación.

b.- Evaluación Ex – Dure - Monitoreo: durante la implementación del proyecto, el Servicio observará su desarrollo y resultados a través de:

- **Supervisión:** La supervisión de los proyectos se fundamenta en el artículo 1º de la Ley 2.465, que establece como una función de SENAME supervisar técnica y financieramente la labor que desarrollan los organismos colaboradores acreditados. En este contexto, el proyecto será supervisado por integrantes del equipo de la Unidad de Protección de Derechos de la Dirección Regional, con los objetivos de: velar por el cumplimiento de los objetivos comprometidos por el organismo colaborador en el proyecto de funcionamiento adjudicado y favorecer el auto análisis de los equipos,

reflexionar sobre la práctica que permita esclarecer nudos críticos, definiendo cambios y ajustes para el mejoramiento permanente.

Durante las supervisiones, se aplicará el instrumento Informe de Proceso, que mide, entre otros, indicadores relativos a:

- Condiciones básicas para la atención e intervención
- Gestión Técnica
- Planificación del Proyecto

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

- Eficacia: Logro de los objetivos, metas y/o resultados esperados, comprometidos por el proyecto.
- Criterio Calidad: Desarrollo de enfoques de trabajo e integración de variables transversales como participación, género, necesidades especiales, pertinencia cultural y articulación territorial. Además mide los procesos de evaluación desde los usuarios, las competencias del equipo y el logro en el cumplimiento del PII.
- Criterio Pertinencia: Nivel de adecuación de la ejecución, conforme al proyecto convenido y a las bases técnicas respectivas
- Criterio Eficiencia: Mecanismos para el logro de los objetivos, con los recursos disponibles y en el menor tiempo posible.

c.- Ex post:

- **Evaluación del período convenido:** Actualmente, esta fase del ciclo está orientada a consolidar los resultados obtenidos por el proyecto en las evaluaciones de desempeño anual del período convenido a través del promedio de éstas, contando así con una visión global de su ejecución.

Esta forma de evaluar permite establecer la eventual prórroga de los convenios, de acuerdo a lo establecido en el artículo 27 de la Ley N° 20.032, que señala que SENAME podrá prorrogar los convenios, sin necesidad de un nuevo llamado a concurso, si las evaluaciones arrojan resultados positivos.

2.- En el nivel del programa se podrán realizar:

a.- Evaluación Ex – Dure - Monitoreo: Se podrá incorporar un proceso de monitoreo sobre la modalidad a nivel programático que permita identificar el desarrollo de los resultados y productos esperados a fin de proporcionar información al Departamento que aporte en la identificación de mejoras a las Bases o Lineamientos técnicos, y de acuerdo con los énfasis para cada período licitatorio.

b.- Ex post: esta modalidad de evaluación, se podrá focalizar en los resultados o impactos del programa, pudiendo incluir algunos de los aspectos siguientes: evaluación de procesos, evaluación de resultados, evaluación de impacto y una aproximación a los efectos del programa, a partir de la perspectiva de los distintos actores involucrados, especialmente de los niños, las niñas y los adolescentes.

- En la evaluación de procesos se medirá la cobertura y la calidad por cada componente, es decir, se cuantificarán los productos que han generado los programas.

-
- En la evaluación de resultados, se analizará la consecución de los objetivos específicos del programa, es decir, en qué medida se cumplió con los resultados esperados o resultados finales.
 - En la evaluación de impacto, se observará el o los impactos que haya generado el programa en los sujetos intervenidos, controlando las posibles variables intervinientes, a fin de determinar si los resultados finales alcanzados se produjeron gracias a la intervención del programa.
 - La aproximación a evaluación de efectos, indagará respecto de las repercusiones atribuibles al programa en los usuarios/as, especialmente en los niños, niñas y adolescentes. En este nivel interesa aproximarse a las explicaciones que otorgan los propios sujetos al logro o no de los resultados y al por qué.

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

Unidad de Intervención Especializada. Área Diseño de la Oferta Programática. Julio 2015.

Anexo N° 1

ANEXO 1: Criterios para priorizar el ingreso de niños, niñas y adolescentes que se encuentran en lista de espera en los Programas de Intervención Integral Especializada (PIE).

Antecedentes:

En el período reciente se han producido ingresos de NNA a lista de espera en la modalidad PIE. Ante la gravedad de las vulneraciones de derechos que les afectan, así como la cronicidad de las mismas, resulta de relevancia establecer criterios que faciliten la toma de decisiones respecto de quienes debieran tener prioridad para el ingreso a intervención, a fin de actuar protegiendo el derecho a la vida y/o prevenir la intensificación del daño.

En la tabla que se presenta a continuación se establecen descriptores de: las vulneraciones de derechos, del NNA, del adulto a cargo y del contexto, que permitirán evaluar la prioridad para el ingreso a la intervención reparatoria especializada que realizan los PIE.

Criterios para evaluar prioridad de Ingreso en casos de existencia de lista de espera. Modalidad PIE.

CRITERIOS DE PRIORIZACION PIE	Presenta el factor de riesgo	Sin dato	Ítems Críticos
I.- En relación al tipo de vulneración de derechos			
1.-ESCNNA o Situación de calle o prácticas de agresión sexual cuando no hay programas especializados en estas temáticas en la región.			IC
2. Negligencia parental crónica que pone en riesgo la vida del adolescente			IC
3.-Explotación de NNA en peores formas de trabajo infantil (trabajos peligrosos y utilización de NNA en ilícitos y/o tráfico de drogas)			IC
II.- En relación al niño (a) y adolescente			
4.- Consumo problemático de drogas.			
5.- Trastornos de salud mental: trastornos autolesivos, riesgo de suicidio.			IC
6.- Descontrol de impulsos agresivos hacia otros (as).			
7.-Participación en transgresiones a la ley que ocasionan conmoción pública, en menores de 14 años.			IC
8.- Adolescente presenta embarazo producto de ESCNNA y/o se encuentra en situación de calle.			
II.- En relación a las características del adulto (a) a cargo			
9.- Ausencia de adulto a cargo			IC
10.-Adulto (a) a cargo no impide o facilita el contacto y acceso del explotador(a) al niño(a) y adolescente, o el acceso a la víctima en situaciones de prácticas de abuso sexual.			IC
11.- Adulto(a) a cargo presenta enfermedades físicas o trastornos en la salud mental que limitan su capacidad de cuidado y protección (ej: psicosis, discapacidad intelectual, depresión).			
12.- Adulto a cargo abusa de drogas y alcohol o está involucrado en tráfico de drogas o ilícitos.			
III.- En relación a características contextuales.			

13.- Adulto a cargo no cuenta con redes de apoyo social (ej: aislamiento, rechazo social, no cuenta con redes primarias de apoyo, migrante, entre otros)			
14.- Medidas judiciales adoptadas no garantizan la protección.			IC

1. La tabla de criterios de priorización presentada se basa en los ítems asociados a riesgo de revictimización, y de vida para los NNA, o en caso de prácticas agresivas, a la reiteración de éstas.
2. Si bien no presenta una cuantificación o escala específica se considera que existe una relación progresiva donde a mayor cantidad de factores de riesgo mayor es la necesidad de ingreso a programas de intervención integral especializada.
3. La ausencia de información debe ser considerada con un factor de riesgo, en tanto que, la falta de datos dificulta la toma de decisiones y la adecuada valoración del estado del niño, niña o adolescente. Lo anterior determina la necesidad de indagar estos antecedentes.
4. Por otra parte, se ha incorporado un eje denominado "ítems crítico" que intenta reflejar un criterio cuyo nivel de riesgo es tan significativo que, independiente de los otros implica ingreso inmediato del NNA al Programa. Dicho ítems debe ser usado con prudencia.

Prioridad 1	INGRESO A PROGRAMA	
Prioridad 2	Permanezca en lista de espera.	

ACO/RVC/GGF/ AGP, mayo 2012.

Anexo N° 2

Síntesis del documento “Programas de Intervención Integral Especializados (PIE): Sistematización sobre las Intervenciones y la inclusión del Enfoque de Género”¹.

1. Características de los usuarios (as) de la modalidad PIE:

- Los usuarios de los programas PIE son mayoritariamente de sexo masculino (65%), versus 35% de niñas y adolescentes⁸⁵.
- Los NNA ingresados son víctimas de vulneraciones de derechos graves como: negligencia grave, abandono y explotación, las que tienen **efectos diferenciales en la integración social de acuerdo al sexo**, en las niñas y adolescentes se da conflicto en la relación con el adulto a cargo, manteniéndose mayormente la integración social, en la escuela y en los programas de la red SENAME; en cambio los niños y adolescentes presentan mayor interacción conflictiva con la escuela, deserción escolar, conductas transgresoras de ley, situación de calle y consumo de drogas, afectándose las relaciones familiares y la inserción social.⁸⁶
- La reacción emocional de las niñas y adolescentes ante la violencia generalmente es de retracción social, cuestionamiento de la autovalía, sensación de impotencia, culpa, lo que explicaría la sintomatología depresiva y auto agresiva que se da en ellas, quienes generalmente, por estar en mayor contacto con sus emociones, pueden reconocerse como víctimas. Aunque las niñas y adolescentes aparentemente muestran mayor adhesión, la relación que establecen con el equipo no necesariamente corresponde a un vínculo profundo⁸⁷.
- Los varones muestran mayor dificultad para adherir a la oferta que realiza el programa, ellos se han endurecido afectivamente, las vulneraciones de derechos han detenido el desarrollo emocional y se guardan de expresar sus dolores, lo que es reforzado por el estereotipo de género, la figura fuerte o de mando asignada al género “dominante” en la cultura patriarcal. Este hombre fuerte es capaz de vivir en la calle, consumir drogas y transgredir la ley, en lugar de reconocerse como víctima de vulneraciones de derechos. Estos varones han pasado por otros programas, y se defienden de establecer nuevos vínculos puesto que cuando han confiado sus sentimientos, previamente, no han recibido la solución que esperaban. Ellos ponen a prueba la relación de apoyo, sin embargo cuando confían, el vínculo sería más estable⁸⁸.
- Uno de los temas emergentes, en la población atendida, es la maternidad y paternidad adolescente. Al respecto se puede hipotetizar que las adolescentes buscan afecto en la maternidad precoz, desde el imaginario, este hijo contribuirá a mantener la relación de pareja y a reparar sus carencias afectivas, además de ser parte esencial del rol de género tradicional. No obstante estas expectativas probablemente no se cumplirán del modo previsto, y es posible que al no estar resignificada su historia de vulneraciones ésta se reitere en la unión de pareja y en la historia de su hijo (a).
- Los adultos acompañantes del proceso de los NNA, son predominantemente las madres o abuelas, quienes habitualmente asumen la jefatura de hogar, con acceso a empleo precario, mal remunerado y vivencias de VIF en la infancia que

⁸⁵ A excepción de la Región de Magallanes donde es similar la proporción de ingresos de sexo masculino y femenino a los PIE. Área Gestión Programática DEPRODE, mayo 2012, Ibidem.

⁸⁶ Área Gestión Programática DEPRODE, mayo 2012, Ibidem

⁸⁷ Área Gestión Programática DEPRODE, mayo 2012, Ibidem.

⁸⁸ Área Gestión Programática DEPRODE, mayo 2012, Ibidem.

no fueron reparadas, ni resignificadas, por lo que se han repetido en su relación de pareja y en la generación siguiente. Al igual que las niñas presentan muchas veces sintomatología depresiva.⁸⁹

- En ocasiones los padres han asumido el cuidado de sus hijos(as), sin embargo en lo cotidiano quien asume la protección es otra mujer⁹⁰.

2. Enfoque de género en la intervención de los PIE:

Los usuarios y usuarias del programa presentan historia de maltrato transgeneracional y se han desarrollado en sistemas familiares y contextuales abusivos. En los sistemas abusivos la jerarquía es de "dominio", las relaciones con los considerados "dependientes" se rigen por el valor de la obediencia, los límites y normas se orientan a mantener el sometimiento sin cuestionamiento a la autoridad y las jerarquías; usando la coerción implícita o explícita para mantener el poder⁹¹.

Por lo anterior, desde la óptica del género y el buentrato, el enfoque de género puede integrarse generando climas nutritivos y jerarquías de actualización. En ellos, los adultos reconocen la diferencia jerárquica que tienen con los NNA y la asumen de manera responsable, es decir, **reconocen la relación de dependencia física y emocional, por lo que su poder está al servicio del cuidado y la protección**. El cuidado y las normas disciplinarias se definen desde una jerarquía de actualización, es decir, **buscan promover el desarrollo de los NNA**.

Las jerarquías de actualización se basan en una organización solidaria, más flexible, que favorece la vinculación entre las personas y disminuye la rigidización de los roles⁹².

La propuesta relacional desde las jerarquías de actualización⁹³, contribuye a la ruptura del estilo jerárquico que propone la cultura patriarcal. Entre otros aspectos, permite que las mujeres cuestionen las relaciones abusivas y se proyecten a mantener relaciones interpersonales igualitarias y respetuosas de los otros. En caso de los varones puede constituir un contexto de confianza donde es posible expresar sus necesidades afectivas y visualizar también las necesidades de otras y otros.

Por otro lado, se ha favorecido la conformación de equipos mixtos, a fin de facilitar que los NNA se vinculen con hombres o mujeres, de acuerdo a sus preferencias. No obstante, más allá del sexo de quién interviene, lo que aporta al cuestionamiento de los estereotipos de género, es la presencia de adultos que tienen comportamientos individuales y relacionales distintos a los roles femenino y masculino tradicionales⁹⁴.

En la intervención realizada por los equipos se ha fortalecido la tarea de cuidado familiar compartido por mujeres y varones⁹⁵. Los equipos han buscado superar la situación previa en que se invitaba sólo a las madres a acompañar a sus hijos en la intervención, han buscado sumar a los padres, abuelos o tíos que constituyen figuras significativas para los NNA. En esta tarea han encontrado resistencia de las madres, y dificultades horarias, superadas a través del trabajo en terreno y el uso de horarios alternativos al de oficina.

⁸⁹ Área Gestión Programática DEPRODE, mayo 2012, Ibidem

⁹⁰ Equipos PRM de la V región observan que cuando la protección queda a cargo de un hombre las mujeres de la familia extensa se ofrecen a colaborar, entendiendo "que no es su rol natural", hecho que no ocurre como apoyo al ejercicio de este rol en mujeres solas. Mesa Técnica PRM-PAS, V región 2011.

⁹¹ Francisca Wormald – Josefina Martínez B. Modelo de Trabajo con niños, niñas y adolescentes y familia. Curso U. C. virtual: Salud Mental. Marcos de referencia para el diagnóstico e intervención con niños y jóvenes del Programa Vida Nueva. 2011-2012.

⁹² Francisca Wormald – Josefina Martínez B. Ibidem.

⁹³ Ana María Arón. Ibidem.

⁹⁴ Ejemplo: hombres que pueden contener afectivamente, mostrar empatía, conmoverse y expresar la pena o amor, que sean capaces de conversar si algo les da rabia. En relación a las mujeres, que éstas ejerzan una actividad laboral y paralelamente desarrollen roles domésticos, puedan establecer límites, expresar asertivamente su molestia, compartir labores domésticas con la pareja, además de tener amistades y participar de otras actividades en forma autónoma. Presentación SERNAM. Encuentro PRM-PAS organizado por UPRODE V Región 2011.

⁹⁵ Francisco Aguayo y Michelle Sadler. Ibidem.

Anexo N° 3

Conceptos sobre Diversidad Sexual

Para contribuir a generar un contexto de aceptación de la diversidad, que permita el desarrollo de la identidad sexual, a continuación se explican conceptos complementarios al punto 7.1.2 de las Bases Técnicas PIE.

- **Transexual:** las personas transexuales sienten una profunda discordancia entre su "sexo biológico" y su "sexo psicológico", al punto de rechazar sus órganos genitales. Estas personas logran su bienestar y tranquilidad al poder modificar su corporalidad acorde a lo que piensan y sienten de sí mismos.
- **Transgénero:** también sienten la discordancia entre su sexo biológico y su sexo psicológico, pero no sienten rechazo hacia sus genitales, por ello logran su bienestar y tranquilidad al poder expresar su género, que no es el que se espera socialmente de acuerdo a su sexo.

Salud física y mental en personas con orientación sexual y de género diversa.

La evidencia internacional confirma que el estigma y la discriminación incrementan la vulnerabilidad social de las personas, contribuyen a su marginación, dificultan el ejercicio de derechos y la prevención del VIH y otras ITS⁹⁶.

Las mujeres transgénero que viven con VIH son las que más perciben estigma y discriminación, el cual está asociado al hecho de vivir con VIH lo que aumenta las vulnerabilidades ante el VIH y precariza aún más la calidad de vida de las personas afectadas. De acuerdo al estudio en referencia esta situación es más notoria en la ciudad de Arica.⁹⁷

Las investigaciones científicas han demostrado que las personas homosexuales y transexuales si pueden sufrir severos trastornos psicológicos, pero no producto de su orientación sexual o identidad de género. El problema se origina por la discriminación social que en casos graves termina con el suicidio y, en la generalidad de las ocasiones, provoca problemas de autoestima, soledad, impotencia y dolor.⁹⁸

El prejuicio y la discriminación ocasionan estrés agudo que puede llevar al consumo de alcohol y drogas.⁹⁹

La aceptación de la orientación sexual es un proceso, con etapas que puede iniciarse durante la niñez o adolescencia y requiere que los equipos conozcan del tema para apoyar a los usuarios/as con orientación sexual o identidad de género diferente de la heterosexual.

Dentro de las características contextuales favorables para el bienestar de personas con orientación sexual diferente de la heterosexual se menciona la aceptación familiar y social.¹⁰⁰

⁹⁶ ONU SIDA, ONU, UNESCO, Vivo Positivo, Gobierno de Chile, ASOSIDA. Enero 2013. Ibidem.

⁹⁷ ONU SIDA, ONU, UNESCO, Vivo Positivo, Gobierno de Chile, ASOSIDA. Enero 2013. Ibidem.

⁹⁸ MOVILH, 2010. Ibidem

⁹⁹ Fundación Todo Mejora capacitación "Sensibilización a funcionarios SENAME en torno a la prevención del suicidio adolescente de la población LGBT" 24 y 25 de julio de 2013.

¹⁰⁰ Fundación Todo Mejora capacitación. Ibidem.

Anexo N° 4

Formato de Informe Diagnóstico Integrado

1. Identificación del niño(a) o adolescente

<ul style="list-style-type: none">• Nombre:• RUT:• Fecha de nacimiento:• Edad:• Escolaridad:• Capacidades Diferentes:• Domicilio de la Familia o adulto a cargo:• Fono de la Familia o adulto a cargo:• RIT:• Fecha de ingreso al programa:• Fecha de Evaluación:• Fecha de Informe:

2. Metodología de Evaluación

- **Revisión documental y de antecedentes o informes previos.**
- **Condiciones para el ejercicio de la parentalidad:** señalar número de entrevistas realizadas, si se realizó visita domiciliaria e instrumento aplicado (NCFAS-G).
- **Diagnóstico del niño(a) o adolescente:** señalar número de sesiones de observación y evaluación, en oficinas o terreno, entrevistas a adultos de la familia, revisión de antecedentes de salud y educación, criterios o pruebas aplicadas para evaluar brechas del desarrollo, sintomatología en el ámbito de la salud mental.

3. Composición y características generales de la Familia.

Registrar nombre, cédula de identidad, fecha de nacimiento, edad, escolaridad, actividad laboral, ingresos, situación de salud, para cada integrante del grupo familiar de origen.

4. Aceptación de la medida de ingreso al Centro.

Señalar aceptación de la medida por parte del adulto y la responsabilidad que asume al respecto.

Señalar aceptación del niño(a) o adolescente respecto de la medida de protección referida a la atención en el PIE.

5. Resultados de la Evaluación

a. Evaluación de condiciones para el ejercicio de la parentalidad de la madre, padre o adulto a cargo:

Indicar áreas evaluadas por el instrumento, puntajes obtenidos, destacando aquellas con mayor desarrollo o fortaleza y aquellas debilitadas. Consignar recursos para el cambio observados en los adultos.

b. Evaluación del niño(a) o adolescente:

- **Cumplimiento de las tareas del desarrollo:**
Establecer los ámbitos del desarrollo (motor, socio-afectivo, cognitivo, del lenguaje, desarrollo moral y desarrollo sexual) que se encuentran acordes a la edad cronológica del niño(a) o adolescente y los que presentan retraso, y el

nivel de desfase de los mismos. Indicar la presencia de trastornos del desarrollo.

▪ **Sintomatología:**

Descripción de síntomas y/o cuadros clínicos aplicando criterios del CIE 10¹⁰¹, a fin de determinar requerimientos de atención de salud mental.

▪ **Integración socio comunitaria actual:**

Describir la integración socio comunitaria actual (educación, salud, u otros, relaciones significativas en el entorno familiar y comunitario), comparar la inserción actual con lo esperado para la edad del niño(a) o adolescente.

▪ **Recursos resilientes del niño(a) o adolescente:**

Señalar las características temperamentales, afectivas, motivación de logros, sentido del humor, u otras que se constituyen en un recurso para la intervención.

6. Conclusiones y Sugerencias

Señalar en forma sintética una hipótesis respecto de los factores explicativos de la vulneración de derechos y de los temas a integrar en el plan de intervención con la familia y el niño(a) o adolescente y a fin de potenciar los recursos para la protección y la integración socio comunitaria.

Firma de Psicólogo(a)

Trabajador(a) Social

¹⁰¹ Clasificación Internacional de Enfermedades: corresponde a los criterios que utiliza el servicio de salud y es de utilidad para la correcta y oportuna derivación a salud mental.