



REF: APRUEBA ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL MODELO PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA 24 HORAS DE LA LÍNEA DE ACCIÓN INTERVENCIONES AMBULATORIAS DE REPARACIÓN, DEL SERVICIO NACIONAL DE PROTECCION ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 485

SANTIAGO, 27 JUL 2022

VISTO: Lo dispuesto en los artículos 1, 2, 2 bis, 6 letras a) y e), 7 letras a), b) y d) y 58 de la Ley N°21.302; en la Ley N° 20.032; en el Decreto con Fuerza de Ley N°1/19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la Ley N° 19.880; en el Decreto Supremo N° 19, de 2021, del Ministerio de Desarrollo Social y familia y del Ministerio de Hacienda; en la resolución exenta RA 215067/196/2021, de 2021, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia; en el decreto exento N°03, de 2022, del Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de la Niñez; en los artículos 79 y siguientes del D.F.L N° 29, de 2004, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo; y en las Resoluciones N°s 7, de 2019 y 16, de 2020, ambas de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

1. Que, el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia es un servicio público descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, sometido a la supervigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, cuyo objeto es garantizar la protección especializada de niños, niñas y adolescentes gravemente amenazados o vulnerados en sus derechos, entendida como el diagnóstico especializado, la restitución de los derechos, la reparación del daño producido y la prevención de nuevas vulneraciones. Lo anterior, se realizará asegurando la provisión y ejecución de programas especializados para abordar casos de mediana y alta complejidad.
2. Será responsabilidad del Servicio asegurar el desarrollo de las líneas de acción y la disponibilidad de los programas diversificados y de calidad que deberán satisfacer las diferentes necesidades de intervención de cada niño, niña y adolescente, tales como el diagnóstico clínico especializado y seguimiento de su situación vital y condiciones de su entorno, el fortalecimiento familiar, la restitución del ejercicio de los derechos vulnerados y la reparación de las consecuencias provocadas por dichas vulneraciones, junto con la preparación para la vida independiente, según corresponda. La oferta de programas deberá proveerse a requerimiento del órgano administrativo o judicial competente de manera oportuna y suficiente, resguardando la dignidad humana de todo niño, niña y adolescente, y se prestará de modo sistémico e integral, considerando el contexto de su entorno familiar y comunitario, cualquiera que sea el tipo de familia en que se desenvuelva.
3. Que, el artículo 18 de la Ley N° 21.302, establece que el Servicio desarrollará su objeto a través de las líneas de acción que indica entre ellas, la de intervenciones ambulatorias de reparación. Que,



dentro de dicha línea se contempla el modelo de intervención programa de intervención integral especializada 24 Horas.

4. Que, el Decreto Supremo N° 19, de 2021, del Ministerio de Desarrollo Social y familia y del Ministerio de Hacienda, que aprueba el reglamento de la Ley N°20.032, en su artículo 13 contempla el método de cálculo de la línea de acción de intervenciones ambulatorias de reparación, señalando la forma de cálculo del valor de los aportes financieros del Estado a transferir a los colaboradores acreditados que desarrollen dicha línea de acción.
5. Que, es función del Servicio, conforme al artículo 6 letra e) de la Ley N°21.302, “Elaborar la normativa técnica y administrativa respecto de cada programa de protección especializada, la que deberá ajustarse a los principios y estándares del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia; a los contenidos en la ley N° 20.032, en especial, a los contemplados en su artículo 2 y en las letras a), b) y c) de su artículo 25, y a las estimaciones periódicas de la demanda de oferta programática en cada territorio. Dicha normativa regirá respecto de todos los programas de protección especializada, ya sean ejecutados directamente por el Servicio o por colaboradores acreditados”.
6. Que, esta autoridad se encuentra facultada conforme a lo dispuesto en el artículo 7 letra d) de la ley N°21.302, para dictar las resoluciones e instrucciones, tanto generales como específicas, necesarias para el cumplimiento de los objetivos y el buen funcionamiento del Servicio y de los programas de protección especializada, ya sean ejecutados directamente por el Servicio o por colaboradores acreditados.
7. Que, resulta procedente aprobar mediante el presente acto administrativo las Orientaciones Técnicas para el funcionamiento del modelo programa de intervención integral especializada 24Horas, de la línea de acción intervenciones ambulatorias de reparación del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.

RESUELVO:

- 1°. **APRUÉBENSE** las Orientaciones Técnicas para el funcionamiento del modelo programa de intervención integral especializada 24 Horas de la línea de acción intervenciones ambulatorias de reparación del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, cuyo texto es el siguiente:

ORIENTACIONES TÉCNICAS

LÍNEA DE ACCIÓN INTERVENCIONES AMBULATORIAS DE REPARACIÓN

MODELO PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA 24 HORAS

JULIO 2022



INDICE

I. PRESENTACIÓN	4
II. ANTECEDENTES.....	6
III. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
IV. OBJETIVOS Y MATRIZ LÓGICA	9
4.1 Objetivo General.....	9
4.2 Objetivos Específicos.....	9
4.3 Matriz Lógica.....	9
V. ORIENTACIONES TÉCNICAS ESPECÍFICAS	13
5.1. Sujeto de atención participante del programa.....	13
5.2. Vías de ingreso.....	17
5.3. Cobertura y Focalización territorial.....	18
5.4 Modelos específicos de intervención para la modalidad.....	18
5.5 Especificaciones sobre la intervención en la modalidad Programas de Intervención Integral Especializada PIE-24 Horas.....	30
5.6 Enfoques y modelos específicos para la intervención en PIE.....	33
5.7 Orientaciones generales sobre las fases a considerar en la intervención. Fases de la intervención	44
VI. SOBRE EL EQUIPO	70
6.1 Criterios Generales	70
6.2 Gestión de Personas.	70
6.3. Funciones básicas del equipo	74
7.1 Respecto del inmueble de funcionamiento.....	79
7.2 Respecto del equipamiento.....	80
7.3 Sobre el registro.....	80
VIII. SOBRE LA EVALUACIÓN	81
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
X. ANEXOS.	88



I. PRESENTACIÓN

El Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y la Adolescencia es el continuador y sucesor legal del Servicio Nacional de Menores a contar del 01 de octubre de 2021, en las materias que resulten de su competencia de conformidad a la ley N° 21.302. En este contexto, y considerando las nuevas líneas de acción contempladas en las leyes N°s 21.302 y 20.032, es que se han adecuado las orientaciones técnicas a los respectivos programas asociados a estas líneas. No obstante, y considerando el período de transición que implica la ejecución de los distintos modelos de intervención, para efectos de una mejor comprensión, en el presente documento se han mantenido los nombres y siglas de las distintas modalidades que aún continúan en ejecución y que fueron licitadas en el SENAME, y que forman actualmente parte de la oferta de protección a cargo de este Servicio. En este sentido, cabe indicar que, los programas de protección especializada que actualmente ejecuta este Servicio se encuentran definidos en el D.S. N° 19, de 2021, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia y del Ministerio de Hacienda.

El presente documento define los lineamientos y requerimientos técnicos para el funcionamiento del modelo de intervención **Programa de Intervención Integral Especializada, en el marco del Programa 24 Horas.**

El **Programa 24 Horas** se diseñó en el año 2009, como un **programa intersectorial**, entre la Subsecretaría de Carabineros, el Servicio Nacional de Menores dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y la Subsecretaría de Prevención del Delito, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, como respuesta a la falta de servicios de atención psicosocial para niños, niñas y adolescentes ingresados a unidades policiales y registrados en las bases de datos de Carabineros de Chile, en el marco del Programa de Seguridad Integrada 24 horas de la Zona de Protección Policial a la Familia. Así, esta información contenida en el "listado 24 Horas" es enviada a los municipios con los cuales Carabineros establece un convenio a fin de que pueda ser despejado por profesionales del área psicosocial y realizar las derivaciones a la oferta especializada instalada en los territorios, para que reciban una respuesta de manera oportuna, preferente y de calidad en sus contextos territoriales.

Su objetivo general es contribuir a la superación de las situaciones de vulneración y/o a la interrupción de conductas transgresoras¹ en niños, niñas y adolescentes derivados del Programa de Seguridad Integrada PSI 24 Horas.

Durante el año 2010, se comenzó a implementar el programa en las primeras 8 comunas a saber: La Pintana, Puente Alto, La Florida, Lo Espejo, Pudahuel, Recoleta, Peñalolén y La Granja. En el 2015 se sumaron: Alto Hospicio, Arica, Antofagasta, Calama, Coquimbo, Valparaíso y Los Ángeles. Extraordinariamente se extendió durante el mismo año a Maipú, Quilicura, El Bosque y San Bernardo. Asimismo, durante el año 2016 se adicionan: Conchalí, Lo Prado, Macul, Lampa, San Ramón, San Joaquín, Iquique y Viña del Mar. Finalmente, en el año 2017 se completan 36 circuitos comunales con: Temuco, Puerto Montt, Cerro Navia, Copiapó, Rancagua, Talca, Estación Central, Pedro Aguirre Cerda y Renca.

El programa 24 Horas contempla la instalación de 5 dispositivos de atención.

Los dispositivos de atención son los siguientes:

- Oficinas de Protección de Derechos del Niño, Niña o Adolescente.
- Programas de Prevención Focalizada.
- Programas de Intervención Integral Especializada 24 Horas.

¹ Se considera conductas transgresoras como un concepto más amplio que el de infracción, en la medida que permite incorporar ilícitos cometidos por menores de 14 años, así como otras prácticas que, sin caer en una categoría de infracción en lo legal, si resultan contrarias a normas sociales de convivencia, trasgrediendo o vulnerando los derechos de otros.



- Programas de Protección Especializada en Reinserción Educativa.
- Programas de Protección Especializada para el tratamiento de Consumo Problemático de Alcohol y/o Droga

En la elaboración de las presentes Orientaciones Técnicas ha sido incorporado diversos insumos recogidos en acciones ejecutadas, orientadas a integrar la voz de los distintos actores involucrados en la ejecución del Programa, estos son: Mesas Técnicas con la participación de Programa de Intervención Especializada, Programa de Reinserción Educativa, Programa de Tratamiento de Consumo Problemático de Alcohol y/o Drogas y profesionales de las Direcciones Regionales. Además, se realizaron entrevistas a actores vinculados a los Organismos Colaboradores y expertos/as de la academia, quienes aportaron con sus conocimientos y experiencias, al mejoramiento de estas orientaciones. Asimismo, se integran los resultados obtenidos en el Estudio “Evaluación de implementación y de resultados del Programa 24 Horas” (2016), realizado por la Universidad Alberto Hurtado y el “Estudio de Evaluación de Programas de Intervención Especializada del Programa 24 Horas” (2017), efectuado por la Consultora Clodinámica.

La implementación y funcionamiento de estos programas se cumplirá de acuerdo con lo estipulado en la ley N° 21.302, que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y modifica normas legales que indica y la ley N°20.032, que regula el régimen de aportes financieros del Estado a los colaboradores acreditados, y sus respectivos reglamentos.

De conformidad a lo dispuesto en el artículo 2 de la ley N° 20.032, la acción del Servicio y sus colaboradores acreditados se sujetará a los siguientes principios:

“1) El respeto, la promoción, la reparación y la protección de los derechos humanos de las personas menores de dieciocho años contenidos en la Constitución Política de la República, la Convención sobre los Derechos del Niño, los demás tratados internacionales en la materia ratificados por Chile y que se encuentren vigentes, y las leyes dictadas conforme a ellos, asegurando las condiciones que otorguen el necesario bienestar biopsicosocial, así como la efectividad de sus derechos y las condiciones ambientales y oportunidades que los niños, niñas y adolescentes requieren según su etapa de desarrollo, mediante una intervención oportuna y de calidad.

2) La promoción de la integración familiar, escolar y comunitaria del niño, niña o adolescente y su participación social.

3) La profundización de la alianza entre las organizaciones de la sociedad civil, gubernamentales, regionales y municipales, en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez y a la adolescencia.

4) La transparencia, eficiencia, eficacia e idónea administración de los recursos que conforman el régimen de aportes financieros del Estado, establecido en la presente ley, a los colaboradores acreditados por parte del Servicio, en su destinación a la atención de los niños, niñas y adolescentes. Para ello, el Servicio deberá fiscalizar y supervigilar la ejecución de las diversas líneas de acción que desarrollen los colaboradores acreditados en los ámbitos técnicos y financieros y en otros que resulten relevantes para su adecuado desempeño. Las funciones de fiscalización y supervigilancia se encontrarán separadas.

5) La probidad en el ejercicio de las funciones que ejecutan. Todo directivo, profesional y persona que se desempeñe en organismos colaboradores deberá observar una conducta intachable y un desempeño honesto y leal de sus funciones con preeminencia del interés general sobre el particular.

Los recursos públicos que se reciban por concepto de subvención deberán ser depositados y administrados en la forma que determine el reglamento.

6) Responsabilidad en el ejercicio del rol público que desarrollan. Las personas jurídicas que se desempeñen como organismos colaboradores del Estado serán civilmente responsables por los daños, judicialmente determinados, que se hayan ocasionado a raíz de vulneraciones graves de los derechos



fundamentales de los niños, niñas y adolescentes causados tanto por hechos propios como de sus dependientes, salvo que pruebe haber empleado esmerada diligencia para evitarlas. Lo anterior, sin perjuicio de la responsabilidad civil que por los mismos hechos pueda corresponderle a la persona natural que ejecutó los hechos.

Lo dispuesto en el párrafo anterior será igualmente aplicable a las personas naturales que se desempeñen como colaboradores acreditados.

Sin perjuicio de ello, el Estado velará por el acceso oportuno y preferente a los servicios sanitarios y de rehabilitación de la salud disponibles en el Estado, para los niños revictimizados dentro del sistema nacional de protección.

7) El trato digno evitando la discriminación y la estigmatización de los sujetos de atención y de su familia. Deberán recibir en todo momento y en todo medio el trato digno que corresponda a toda persona humana. Particular cuidado se deberá tener en las medidas, informes o resoluciones que produzcan efecto en las decisiones de separación familiar.

8) Objetividad, calidad, idoneidad y especialización del trabajo, que se realizará de acuerdo a las disciplinas que corresponda. Las orientaciones técnicas a las que se refiere el reglamento de esta ley establecerán, a lo menos, los requisitos, prestaciones mínimas y plazos que deberán cumplir tanto el Servicio como los colaboradores acreditados para asegurar el cumplimiento de este principio.

9) Participación e información en cada etapa de la intervención. Se informará y se tendrá en cuenta la opinión del niño, niña y adolescente respecto a los procesos de intervención que le atañen, en función de su edad y madurez.

II. ANTECEDENTES

Modelo Programa 24 Horas.

El programa 24 Horas desde sus inicios se define como un modelo de gestión territorial intersectorial, lo que ha implicado una serie de desafíos que convoca a su vez a distintos actores en el desarrollo del programa. La propuesta de trabajo del modelo de trabajo, requieren una alta coordinación y un trabajo estructurado para el desempeño esperado del programa.

Atendiendo a la diversa oferta desplegada en los territorios se hace necesario ver la necesidad de establecer un trabajo integral y complementario entre las dimensiones biopsicosociales que permitan relevar el modo en que estas se imbrican y realizar intervenciones integrales, interdisciplinarias y en red; asimismo surge la necesidad de contar con diagnósticos integrales para toda la población a atender y la necesidad de una alianza estratégica con los servicios públicos de salud.

De esta manera, se espera que los equipos que formen parte del Programa 24 Horas, activen las redes de derivación adecuada y suficiente para la contención, el diagnóstico preciso y el tratamiento oportuno.

En el marco del Programa 24 Horas del Servicio propone para el **Programa de Intervención Especializada (PIE)** seis elementos centrales:

1. Focalización: La focalización de cada modalidad será barrial o comunal y se insertara en el territorio donde intervienen los proyectos implementados en la comuna respectiva en el marco del



Programa 24 Horas. El propósito de ellos es desarrollar intervenciones contextualizadas a la realidad de los sujetos participantes y facilitar el acceso de la población atendida.

2. Complementariedad: El Programa 24 horas se plantea como un modelo de gestión territorial intersectorial, que implica entre otros aspectos que las intervenciones de los proyectos del circuito 24 Horas se encuentren en un entramado de prestaciones de servicios que requieren coordinarse para evitar la sobre intervención. Se espera que los proyectos realicen acciones para trabajar en complementariedad en los casos en donde participe más de una modalidad. Los ejecutores deben comprender que el foco es superar las vulneraciones de derechos que afectan a los niños, niña y adolescentes e interrumpir prácticas transgresoras, por tanto, sus intervenciones deberán generar sinergia con las que desarrollen otros programas. También es clave desarrollar una actitud de colaboración y coordinación favorecedora del trabajo entre los equipos, para otorgar una atención integral y oportuna.

3. Articulación con otros proyectos y servicios implementados especialmente en el marco del programa. Este ámbito se orienta al desarrollo de estrategias que favorezcan la colaboración y articulación sistemática entre las modalidades y los recursos locales en torno a los requerimientos de los usuarios/as del programa, lo que deberá traducirse en la integralidad de la intervención, diseñando en conjunto los Planes de Intervención Unificados. Dicha articulación es esencial para favorecer procesos de derivación expeditos y atingentes al perfil del proyecto, del mismo modo que acciones complementarias y colaborativas en aquellos casos que corresponda, tanto con el Municipio como con otras organizaciones de la comunidad local.

4. Planes de Intervención Unificados: Es el instrumento a través del cual los equipos especializados del Programa 24 Horas (Programas de Intervención Integral Especializada 24 Horas, Programas de Protección Especializada en Reinserción Educativa y Programas de Protección Especializada para el tratamiento de Consumo Problemático de Alcohol y/o Droga) generan acuerdos respecto de estructurar el proceso interventivo. Es la carta de navegación colectiva en donde cada disciplina aporta desde su expertise en pro de generar objetivos comunes co-construidos por el equipo de trabajo conformado a propósito de la particularidad de cada caso, elaborado en el desarrollo periódico de reuniones con la finalidad de evitar la sobre- intervención.

5. Articulación con programas ambulatorios de Salud Mental. Corresponde a una modalidad de atención que dispuso el Ministerio de Salud en algunas comunas para la atención preferente de niños, niñas y adolescentes derivados desde los proyectos implementados como parte del Programa 24 Horas, con los cuales se podrá establecer coordinación en la medida que el equipo del proyecto interventor estime pertinente su derivación a dichos equipos. En las comunas en las que no se encuentra presente el equipo de atención de salud mental desde el Ministerio de Salud para la atención preferente de niños, niñas y adolescentes provenientes del PSI 24 Horas, se deberán establecer las coordinaciones con el área de salud comunal que permita establecer para facilitar la atención sanitaria de acuerdo a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes.

6. Mesa de Gestión de Casos. Red local entendida como una instancia de coordinación y colaboración efectiva entre los programas locales vinculados con niñez y adolescencia, especialmente relacionados con el Programa 24 Horas (Carabineros, Municipios, Dispositivos de Subsecretaría de Prevención del Delito del Ministerio del Interior, Equipos de Salud Mental, red del Servicio, entre otros). Se define como un espacio colaborativo, de interacciones horizontales, que permite compartir experiencias, poner en común información, intercambio de saberes, reflexión sobre las prácticas, que



permitan construir y articular en conjunto las intervenciones, entre otros. Como también, el análisis crítico de casos, especialmente de aquellos que requieren una mirada compartida o que han presentado mayores desafíos en su intervención. En definitiva, se espera que contribuya a la superación de vulneraciones de derechos y/o prácticas transgresoras en niños, niñas y adolescentes (Sename, 2010, 2013 y 2015).

III. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

3.1 Caracterización del sujeto de atención Programa 24 horas

Durante el año 2015, el Servicio Nacional de Menores y la Universidad Alberto Hurtado realizan un Estudio de Evaluación de Implementación y Resultados del Programa 24 Horas que incluyó el periodo 2010-2015.

En relación a los datos del estudio, los casos que fueron ingresados en el Programa 24 horas en el periodo 2010-2015 son en su mayoría de sexo masculino con un 52,2% versus un 47,8% correspondiente al sexo femenino. Lo anterior, se visualiza de la misma manera en los casos ingresados a los Programas de Intervención Especializada contemplando el mismo periodo de tiempo, donde un 70% corresponde al sexo masculino y el 30% de los casos al sexo femenino considerando que el total de ingresos en este periodo es de 2.236 casos.

En relación al promedio de edad de niños y niñas atendidos en el Programa, este corresponde a 13,5 años, en tanto en la modalidad Programas de Intervención Integral Especializada, el promedio de edad de ingreso es de 16,7 años, concentrándose en esta edad los problemas conductuales y los delitos, mientras que las situaciones de vulneración, en promedio se manifiestan en los casos de menor edad.

En cuanto a la dimensión educativa, en el periodo evaluado, respecto del rezago que presentan los usuarios, señala que "en promedio este corresponde a 2,4 años". La mayoría de los casos, es decir el 51% presenta algún rezago; el 26% tiene un rezago entre uno y dos años y el 14% presenta un rezago de cinco años o más" (Servicio Nacional de Menores y Universidad Alberto Hurtado, 2016, p.33). En la modalidad Programas de Intervención Integral Especializada se encuentra la mayoría de los casos con alto rezago escolar, en promedio 4,5 años, donde el 49% de los casos presenta un rezago de 3 años y más, si se considera las causales de ingreso el mayor tiempo de rezago se ve en las causales de ingreso, referidas a conductas transgresoras, ya que en los casos de vulneración de derechos estas cifras son menores. Asimismo, se visualiza que un 43% asiste a clases regularmente versus que un 38% no asiste a clases, considerando las causales de ingreso ocurre la misma situación en cuanto al rezago, los casos que ingresan por conductas transgresoras tienen menor asistencia a clases que los casos que ingresan por vulneración de derechos.

3.2 Datos de Salud Mental en el marco del Programa 24 horas

El año 2011, se encargó al Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato de la Universidad Católica, una investigación relativa al diagnóstico en Salud Mental de niños, niñas y adolescentes atendidos en el marco del Programa 24 Horas, que entrega algunos resultados interesantes de señalar, dado que se orienta a cuantificar y caracterizar el número de niños, niñas y adolescentes que presenten trastornos psiquiátricos o de salud mental y que estén siendo atendidos por proyectos de atención psicosocial de las comunas que participan en el Programa 24 Horas.



De esta manera y, considerando una muestra de 349 casos, se identificaron que los trastornos de mayor relevancia porcentual conforme al diagnóstico realizado por el instrumento de evaluación MINI KIDS son:
Riesgo de Suicidio 49.9%

- Dependencia de Drogas 46.4%
- Trastorno de la conducta (Disocial) 28.5%
- Trastorno Negativista Desafiante 25.6%
- Dependencia de Alcohol 19.3%

De acuerdo a los datos anteriormente mencionados, los sujetos participantes de los Programas de Intervención Integral Especializada presentan diversas patologías de salud mental, un alto porcentaje de consumo problemático de alcohol y/u otras drogas y la interrupción de sus trayectorias educativas. Estas situaciones se constituyen como vulneraciones de derechos, ya que permean su desarrollo biopsicosocial y sus posibilidades efectivas de inclusión social. A partir ello, surgen los proyectos de tratamiento de consumo problemático de alcohol y/u otras drogas y proyectos de reinserción educativa con el propósito de fortalecer la oferta y entregar una atención oportuna e integral a los niños, niñas, adolescentes y sus familias (SENAME, 2010, p. 64) Es por ello, que la intervención desde Programas de Intervención Integral Especializada, Programas de Protección Especializada para el tratamiento de Consumo Problemático de Alcohol y/o Droga. y Programas de Reinserción Educativa debe entenderse como complementaria entre los dispositivos en el territorio, lo que implica procesos de intervención planificados y articulados entre los equipos de los proyectos y el circuito 24 horas en su conjunto.

IV. OBJETIVOS Y MATRIZ LÓGICA

4.1 Objetivo General

Contribuir a la interrupción y resignificación de situaciones de vulneración de derechos y/o prácticas transgresoras de niños, niñas y adolescentes provenientes preferentemente del Programa de Seguridad Integrada PSI 24 Horas.

4.2 Objetivos Específicos

1. Interrumpir las vulneraciones de derechos en los niños, niñas y adolescentes.
2. Resignificar la experiencia de vulneración en los niños, niñas y adolescentes.
3. Desarrollar procesos de intervención que contribuyan a la disminución de factores de riesgo asociados a las conductas transgresoras de niños, niñas y adolescentes
4. Fortalecer competencias/habilidades parentales de las familias o adultos significativos.
5. Desarrollar acciones de coordinación y colaboración permanente con dispositivos de intervención especializada del circuito 24 Horas y/o de la red de atención local especializada.
6. Favorecer la sensibilización de instituciones locales y miembros de la comunidad respecto a prevención de las violencias y vulneración de derechos.

4.3 Matriz Lógica

Objetivo General	Indicadores	Fórmula de cálculo	Metas	Resultados Esperados	Medios de verificación



<p>Contribuir a la interrupción y resignificación de situaciones de vulneración de derechos y/o prácticas transgresoras de niños, niñas y adolescentes provenientes preferentemente del PSI 24 Horas</p>	<p><u>Indicador de Eficacia</u></p> <p>Porcentaje de niños, niñas y adolescentes, egresados de PIE, con Plan de Intervención Individual (PII) o Plan de Intervención Unificado (PIU) – según corresponda – logrado, que no reingresa en un periodo de 24 meses a programas especializados de la oferta del Servicio.</p>	<p>(Nº de niños, niñas y adolescentes egresados de PIE con con PII o PIU logrado, que no reingresan en un periodo de 24 meses a programas especializados del Servicio / Nº de niños, niñas y adolescentes egresados con PII o PIU logrado, en 24 meses)*100</p>	<p>80%</p>	<p>El 80% de los niños, niñas y adolescentes que egresan de PIE no reingresan en un período de 24 meses.</p>	<p>Base de datos SIS</p>
--	--	---	------------	--	--------------------------

Objetivos específicos	Indicadores	Fórmula de cálculo	Metas	Resultados esperados	Medios de verificación
Interrumpir vulneraciones de derechos en los niños, niñas y adolescentes	<p><u>Indicador de Eficacia</u></p> <p>Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con PII o PIU logrado con quienes se logra interrumpir las situaciones de vulneración, en el periodo t</p>	<p>(Nº niños, niñas y adolescentes egresados con PII o PIU logrado, con quienes se logra interrumpir las situaciones de vulneración/ N° de niños, niñas y adolescentes egresados con PII o PIU logrado en el periodo t)*10</p>	70%	El 70% de niños, niñas y adolescentes egresados con PII o PIU logrado, interrumpen las situaciones de vulneración.	<p>Carpetas Individuales (Informe de Egreso)</p> <p>SIS</p>
Resignificar la/s experiencia/s de vulneración de derechos en los niños, niñas y adolescentes.	<p><u>Indicador de Eficacia</u></p> <p>Porcentaje de niños, niñas y adolescentes egresados con PII o PIU logrado con quienes se logra resignificar la/s experiencia/s de vulneración, en el periodo t</p>	<p>{Nº de niños, niñas y adolescentes egresados con PII o PIU logrado con quienes se logra resignificar la/s experiencia/s de vulneración/ N° de niños, niñas y adolescentes egresados con PII o PIU logrado en el periodo t} *100</p>	50%	El 50% de niños, niñas y adolescentes egresados con PII o PIU logrado resignifican la/s experiencia/s de vulneración	<p>Carpetas Individuales (Informe de Egreso)</p> <p>SIS</p>
Desarrollar procesos de intervención que contribuyan a la disminución de factores de riesgo asociados a las conductas	<p><u>Indicador de Eficacia</u></p> <p>Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que presentan conductas transgresoras que</p>	<p>(Nº de niños niñas y adolescentes que presentan conductas transgresoras que disminuyen factores de riesgo / N° de niños, niñas y adolescentes que presentan conductas</p>	50%	El 50% de niños niñas y adolescentes que presentan conductas transgresoras disminuyen	<p>Carpetas Individuales (Informe de Egreso)</p> <p>SIS</p>



<p>transgresoras de niños, niñas y adolescentes.</p>	<p>disminuyen factores de riesgo, en el periodo t</p> <p><u>Indicador de Eficacia</u></p> <p>Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que presentan conductas transgresoras que desarrollan habilidades sociales y conductuales, en el periodo t</p> <p><u>Indicador de Eficacia</u></p> <p>Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que presentan conductas transgresoras que aumentan su participación en espacios protectores, en el periodo t</p>	<p>transgresoras, en el periodo t)*100</p> <p>(N° de niños, niñas y adolescentes que presentan conductas transgresoras que desarrollan habilidades sociales y conductuales/ N° de niños, niñas y adolescentes que presentan conductas transgresoras, en el periodo t) *100</p> <p>(N° de niños, niñas y adolescentes que presentan conductas transgresoras que aumentan su participación en espacios protectores/ N° de niños, niñas y adolescentes que presentan conductas transgresoras en el periodo t) *100</p>	<p>50%</p> <p>60%</p>	<p>factores de riesgo.</p> <p>El 50% niños, niñas y adolescentes presentan conductas transgresoras que desarrollan habilidades sociales y conductuales</p> <p>El 60% niños, niñas y adolescentes que presentan conductas transgresoras aumentan su participación en espacios protectores.</p>	<p>Carpetas Individuales (Informe de Egreso) de SIS</p> <p>Carpetas Individuales (Informe de Egreso) de SIS</p>
<p>Fortalecer competencias/habilidades parentales de las familias o adultos significativos.</p>	<p><u>Indicador de Proceso</u></p> <p>Porcentaje de niños, niñas y adolescentes cuyas familias o adultos significativos son evaluados en sus competencias/habilidades parentales al inicio de la intervención, en el periodo t</p> <p><u>Indicador de Proceso</u></p> <p>Porcentaje de niños, niñas y adolescentes cuyas familias o adultos significativos participan del proceso de intervención, en el periodo t</p> <p><u>Indicador de Proceso</u></p>	<p>(N° de niños, niñas y adolescentes cuyas familias o adultos responsables son evaluados en sus competencias/habilidades parentales al inicio de la intervención/ N° de niños, niñas y adolescentes que ingresan al Programa en el periodo t) *100</p> <p>(N° de niños, niñas y adolescentes cuyas familias o adultos significativos participan del proceso de intervención/ N° niños, niñas y adolescentes cuyas familias o adultos significativos han sido evaluados al ingreso, en el periodo t)*100</p>	<p>50%</p> <p>70%</p>	<p>El 50% de niños, niñas y adolescentes cuyas familias o adultos significativos son evaluados en sus competencias/habilidades parentales al inicio de la intervención.</p> <p>El 70% niños, niñas y adolescentes cuyas familias o adultos significativos participan del proceso de intervención.</p>	<p>SIS Carpetas individuales (Resultados de evaluación de competencias parentales)</p> <p>Carpetas individuales (Resultados de evaluación de competencias parentales)</p>



	<p>Porcentaje de niños, niñas y adolescentes cuyas familias o adultos significativos son evaluados en sus competencias/habilidades parentales al finalizar la intervención, en el periodo t</p> <p><u>Indicador de Eficacia</u></p> <p>Porcentaje de niños, niñas y adolescentes cuyas familias o adultos significativos participan en proceso de la intervención que fortalecen sus competencias/habilidades parentales, en el periodo t</p>	<p>(N° de niños, niñas y adolescentes cuyas familias o adultos significativos participan de la intervención que son evaluados en sus competencias/habilidades parentales al finalizar la intervención/ N° niños, niñas y adolescentes cuyas familias o adultos significativos participan de la intervención en el periodo t)* 100</p> <p>(N° de niños, niñas y adolescentes cuyas familias o adultos significativos participan en proceso de la intervención fortalecen sus competencias/habilidades parentales/N° niños, niñas y adolescentes cuyas familias o adultos significativos participan de la intervención, en el periodo t) *100</p>	<p>70%</p> <p>70%</p>	<p>El 70% niños, niñas y adolescentes cuyas familias o adultos significativos participan de la intervención evaluados en sus competencias/habilidades parentales al finalizar la intervención.</p> <p>El 70% niños, niñas y adolescentes cuyas familias o adultos significativos participan en proceso de la intervención fortalecen sus competencias/habilidades parentales</p>	<p>Carpeta individuales (Resultados de evaluación de competencias parentales)</p> <p>Carpeta individuales (Comparación de resultado de evaluación de competencias parentales)</p>
<p>Desarrollar acciones de coordinación y colaboración permanente con los dispositivos de intervención especializada del circuito 24 Horas y/o de la red de atención local especializada</p>	<p><u>Indicador de Calidad</u></p> <p>Porcentaje de niños, niñas y adolescentes diagnosticados de forma complementaria (DIU), en los casos que corresponda, en el periodo t</p> <p><u>Indicador de Proceso</u></p> <p>Porcentaje de niños, niñas y adolescentes a quienes se aplica el instrumento de tamizaje de drogas al ingreso, en el periodo t.</p> <p><u>Indicador de Calidad</u></p> <p>Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que son intervenidos en</p>	<p>(N° de niños, niñas y adolescentes diagnosticados de forma complementaria/ N de niños, niñas y adolescentes que requieren de intervención complementaria, en el periodo t) *100</p> <p>N° de niños, niñas y adolescentes a quienes se aplica instrumento de tamizaje de drogas al ingreso/ N° de niños, niñas y adolescentes que ingresan al programa en el periodo t)*100</p> <p>(N° de niños, niñas y adolescentes cuyas familias o adultos significativos participan</p>	<p>80%</p> <p>70%</p> <p>100%</p>	<p>El 80% niños, niñas y adolescentes diagnosticados de forma complementaria.</p> <p>El 70% niños, niñas y adolescentes a quienes se aplica instrumento de tamizaje de drogas al ingreso.</p> <p>El 100% niños, niñas y adolescentes cuyas familias o</p>	<p>Carpeta Individual (Plan Informe Diagnóstico integral unificado)</p> <p>Carpeta de individual (Registro tamizaje drogas)</p> <p>Carpeta Individual de Intervención</p>



	complementariedad con PDE y/o PDC que cuentan con Planes de Intervención Unificados (PIU), en el periodo t	en proceso de la intervención fortalecen sus competencias/habilidades parentales/ N° niños, niñas y adolescentes cuyas familias o adultos significativos participan de la intervención, en el periodo t) *100		adultos significativos participan en proceso de la intervención fortalecen sus competencias/habilidades parentales	Unificado)
	<u>Indicador de Calidad</u> Porcentaje de asistencia a reuniones de Mesa de Gestión de Casos, en el periodo t	(N° de asistencias a reuniones de Mesa de Gestión de Casos/ N° total de reuniones de la Mesa de Gestión de Casos realizadas en el periodo t)*100	90%	El 90% de asistencias a reuniones de Mesa de Gestión de Casos	Lista de Asistencia a Mesa de Gestión de Casos de Acta de todas las Mesas de Gestión de Casos realizados durante el año
Favorecer la sensibilización de instituciones locales y miembros de la comunidad respecto a la prevención de las violencias y la vulneración de derechos.	<u>Indicador de Calidad</u> Porcentaje de jornadas de formación realizadas a instituciones locales y miembros de la comunidad, en 12 meses	(N° total de jornadas de formación realizadas a instituciones locales y miembros de la comunidad/N° total de jornadas planificadas (1) para instituciones locales y miembros de la comunidad, en 12 meses) * 100	100%	El 100% de jornadas de formación realizadas a instituciones locales y miembros de la comunidad.	Lista de asistentes a jornadas de capacitación. Programa de Capacitación Registro Fotográfico

V. ORIENTACIONES TÉCNICAS ESPECÍFICAS

5.1. Sujeto de atención participante del programa

La intervención especializada de la modalidad PIE, está dirigida a niños, niñas y adolescentes, preferentemente entre 10 y 17 años, derivados desde:

- Los organismos comunales encargados de la administración de los listados del Programa de Seguridad Integrada 24 Horas y/o Carabineros de Chile: o La Oficina de Protección de Derechos del Niño, Niña o Adolescente, (OPD) u Oficina de Infancia de la comuna.²
- El Equipo de Detección Temprana³ o el organismo respectivo encargado de realizar la labor de despeje en el territorio.

² O bien las instancias que despejen el listado proveniente del PSI 24 Horas que se determine en cada comuna.

³ Los equipos de Detección Temprana corresponden a profesionales psicosociales financiados y bajo responsabilidad técnica del Ministerio del Interior y Seguridad Pública e instalados en el municipio, que asumen la gestión de las listas del PSI 24 Horas, en especial de aquellos casos que ingresan indicando como motivo la Infracción o inimputables, con el objeto de determinar perfiles abreviados de riesgo socio-delictual y basar la toma de decisiones de derivación de casos en función de estos perfiles.



- Otros dispositivos del Circuito 24 horas (PPF, PDC, PDE, MST, Equipo de Salud Mental del programa 24 horas)

Cabe agregar que, la ley N°21.013, que tipifica un nuevo delito de maltrato y aumenta la protección de personas en situación especial, en el artículo primero, N°5, incorporó al Código Penal, en el Título VIII, el párrafo 3 bis, que regula el “Maltrato a menores de dieciocho años de edad, adultos mayores o personas en situación de discapacidad”, estableciéndose en los artículos 403 bis y 403 ter del citado Código, entre otros, los delitos de maltrato corporal relevante y el trato degradante que menoscabe gravemente la dignidad de niños, niñas y adolescentes, respectivamente, y en ese entendido, los organismos colaboradores acreditados se encuentran en la obligación de denunciar ante la autoridad competente los hechos tipificados en dichas disposiciones, cuando las eventuales víctimas fueran niños, niñas o adolescentes menores de 18 años de edad que se encuentren bajo su cuidado.

Características que constituyen el perfil de los sujetos de atención del proyecto

Los sujetos de atención de la modalidad Programas de Intervención Integral Especializada, corresponde a niños, niñas y adolescentes que se encuentran vulnerados en sus derechos, derivados desde el listado PSI 24 Horas. Considera a niños, niñas y adolescentes menores de 14 años que cometen ilícitos por los que resultan inimputables ante la ley. Además, de población de niños, niñas y adolescentes que presentan reingresos alternantes entre vulneración de derechos e infracción de norma⁴.

A partir de la sistematización de la modalidad Programa de Intervención Integral Especializada (2007-2010), así como los procesos de sistematización y asesoría a la modalidad en el marco de la implementación del Programa 24 Horas (2010-2011) y la revisión de literatura, pueden señalarse algunas hipótesis generales y premisas sobre el perfil del sujeto de atención que resultan relevantes para el desarrollo de los procesos de intervención:

- i. El perfil de atención de la modalidad presenta de manera recurrente situaciones de vulneración de derechos en sus historias de vida, especialmente aquellas asociadas a malos tratos, negligencia y abandono.
- ii. Sobre estas situaciones de vulneración presentes en las historias de vida, comienza a manifestarse en el sujeto de atención conductas transgresoras, ya sea durante la adolescencia temprana o tardía, etapa asociada a su vez a una mayor autonomía del sujeto respecto de las familias y escuelas como agentes socializadores. Estas conductas generalmente, a su vez, constituyen formas de vulneración y por otro lado la participación del sujeto en dichas situaciones suele ser significada como una transgresión. Tal es el caso del consumo de drogas, la desvinculación del sistema escolar, la utilización de los niños/as o adolescentes por mayores para la comisión de ilícitos u otras formas de explotación.
- iii. La presencia de conductas transgresoras no puede ser explicada determinantemente por la presencia de vulneraciones de derechos. No obstante, la presencia de ciertas vulneraciones de derechos aumenta el riesgo de que estas conductas transgresoras se desarrollen de forma persistente. Entre estas situaciones se encuentra: la deserción escolar, el consumo de drogas, la presencia de dinámicas familiares violentas o donde se valida la violencia, la comisión de delitos o la utilización de niños y niñas para la comisión de ilícitos. También, se

⁴ De acuerdo al Lineamiento de Complementariedad SENAME –SPD 2015



encuentran dentro de las situaciones de riesgo la vinculación a grupos de pares asociados a prácticas transgresoras y actitudes favorables hacia la violencia y la transgresión.

- iv. Se ha observado, además, a partir de las trayectorias de ingresos de niños y niñas a la red de protección, la presencia de algunos indicadores que permitirían predecir mayor riesgo de reingreso a la red de atención de protección y de justicia juvenil. Estos indicadores señalan que, a menor edad de un primer ingreso a la red, a mayor número de ingresos y a mayor presencia de primer ingreso a la red residencial, las posibilidades de reingresos aumentan. Esta información resulta relevante al momento de definir los objetivos de intervención y diseñar las estrategias de atención para cada caso, entendiendo, no obstante, que dichas situaciones históricas no podrán ser modificadas por la intervención, pero son un antecedente relevante al momento de su planificación.
- v. La intervención de las situaciones de vulneración, por sí solas, no necesariamente conlleva a la disminución de la presencia de comportamientos transgresores. Ante ello, se requiere considerar en el diseño de la intervención estrategias que aborden las situaciones de vulneración –y específicamente aquellas mayormente asociadas al riesgo de persistencia de las conductas transgresoras- y *también* estrategias orientadas a la interrupción de dichas prácticas.
- vi. Tiende a observarse un mayor ingreso de población masculina por prácticas de violencia –superior al 70%- así como un mayor ingreso de mujeres por situaciones de vulneración; la prevalencia de las prácticas de violencia entre población masculina, así como las consiguientes particularidades de las mujeres que de manera aparentemente minoritaria participan en dichas prácticas, *hacen necesario profundizar entre las nociones de violencia, adolescencia y género*, así como en su traducción en estrategias de acercamiento e intervención.
- vii. Tiende a presentarse un perfil de niños, niñas y adolescentes –así como de familias- caracterizado por trayectorias de ingresos a programas de atención de la red de protección social y de niñez, con resultados muchas veces insatisfactorios. Ello, suele conllevar importantes grados de desconfianza en los programas sociales, que implican la necesidad de diseñar estrategias orientadas a favorecer la adherencia a los procesos de intervención de manera transversal, y especialmente durante los primeros meses de atención.

Características de las familias que participan en el proyecto

En relación a las características mencionadas, la familia se constituye como un eje central dentro de la intervención con los niños, niñas y adolescentes. Considerando el contexto adverso en el cual se desenvuelven, se van presentando diversas problemáticas a nivel familiar, que en la mayoría de las situaciones se relacionan con las competencias parentales principalmente en las funciones nutricias, socializadoras y educativas. Por otro lado, al producirse una escisión en las funciones nutricias y normativa, ésta última resulta ser inconsistente y habitualmente marcada por malos tratos o violencia y desprovista de una dimensión afectiva; al mismo tiempo, la función nutricia se ejerce de manera desproporcionada, y por tanto desprovista de límites.

De acuerdo a la literatura existente sobre familias en contextos vulnerables, éstas han sido consideradas de diferentes maneras la literatura como: familias en situación de diversos estresores, familias en contexto adversos o familias fragilizadas. Sin embargo, todas ellas constituyen



características similares que son relevantes de considerar al momento de planificar la intervención y priorizar focos de intervención.

En cuanto a las características sociodemográficas de estas familias, se encuentran contextos de riesgo (desempleo, bajo nivel de estudios, situaciones de violencia, entre otros) la estructura familiar es principalmente monoparental, con niveles de estudio primarios, su composición familiar es variada, sus hogares son más bien pequeños, saturados y en algunos casos se evidencia el hacinamiento (Pérez, 2014).

Lo anterior se relaciona con las características propias de las familias donde se desarrollan crisis recurrentes que presentan en su mayoría la cronificación de situaciones las cuales se entrelazan con condiciones adversas del contexto, la falta de apoyo y de recursos. Por otro lado, la dinámica familiar es más bien desorganizada presentando una estructura caótica y una comunicación poco fluida, presentándose conflictos sobre los roles que desempeña cada integrante, visualizándose límites difusos (Gómez, Muñoz y Haz, 2007)

Frente a lo expuesto, el contexto territorial en el cual estas familias se encuentran es adverso, lo que produce efectos directos e indirectos que potencian o cronifican ciertas situaciones donde el territorio se torna un factor relevante ya que, direcciona la intervención, otorgando la posibilidad de visualizar de mejor manera los focos interventivos en los cuales tanto, los factores protectores de las familias como los de riesgo son necesarios para su planificación.

Otro aspecto que se conjuga con lo anteriormente mencionado son los estilos de relación que se generan entre padres/madres e hijos/as adolescentes, lo cual se relaciona con el contexto en cual han estado insertos los padres/madres y a partir de ello la validación de ciertas prácticas sobre la relación con sus hijos que pueden tener un factor transgeneracional.

En ese sentido, es relevante considerar las diferentes pautas que poseen los padres para interactuar con sus hijos, esto se refleja en un estudio realizado a 848 adolescentes para medir su percepción sobre los estilos de relación con sus padres considerando 6 dimensiones: afecto y comunicación, promoción de autonomía, control psicológico, control conductual, revelación de situaciones desde los adolescentes y humor. A través de estas dimensiones se van construyendo los diferentes tipos de estilos parentales: democráticos, autoritarios, permisivos e indiferentes. Dentro del estudio, el estilo indiferente obtuvo los más bajos porcentajes en cada una de las dimensiones, lo cual se relaciona con las características mencionadas acerca de las familias que participan en el PIE. Por otro lado, desde este tipo de estilo parental (indiferente) el estudio hace mención a ciertas características que se visualizan en los adolescentes que han crecido en éste tipo de ambientes entre las que se encuentran: desajustes a nivel social como impulsividad, en algunos casos conducta delictiva o consumo de drogas, y por otro lado problemáticas de índole emocional y de autoestima. (Oliva, Parra y Arranz, 2008, p. 94)

Estas hipótesis y premisas generales resultan fundamentales para considerar desde un inicio diseños de intervención claramente ajustados a distinciones de desarrollo evolutivo (entre infancia, adolescencia temprana y adolescencia tardía), patrones de funcionalidad familiar y género. Sobre estas distinciones podrán establecerse otras, de acuerdo a lo que se genere dentro de los procesos diagnósticos considerando no sólo factores de riesgo sino también factores protectores, generando a través de la intervención un equilibrio de ambos como respuesta a situaciones y contextos adversos donde se desenvuelven las familias, los niños, niñas y adolescentes.



5.2. Vías de ingreso^{5 6}

Se consideran como vías de ingreso preferente:

- a) Derivaciones desde Oficina de Protección de Derechos del Niño, Niña o Adolescente, Oficina de Infancia comunal u otra instancia municipal que reciba información referida al listado PSI 24 Horas según clasificación de Carabineros de Chile en los casos de “Vulneración de Derechos” como motivo de ingreso.
- b) Derivaciones desde el Equipo de Detección Temprana⁷ o el equipo que reciba información sobre el listado PSI 24 Horas referente a la clasificación de Carabineros de Chile sobre los casos de “Infracción de Ley e Inimputables” en el territorio.

Además, podrán ingresar al programa, conforme a lo dispuesto en la ley N° 21.302, que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia:

- a) Por derivación del Tribunal de Familia respectivo, que es el órgano judicial competente para conocer de las medidas proteccionales a que se refieren las letras c) y d) del artículo 71 y artículo 80 bis, ambos de la ley N° 19.968.⁸
 - b) Por derivación de Oficinas Locales de la Niñez respectivas (en la medida que dichos organismos se encuentren implementados).
- a) Derivaciones desde Otros dispositivos del Circuito 24 horas (OPD, PPF, PDC, PDE, MST, Equipo de Salud Mental del Programa 24 horas)
 - b) Derivación directa de casos desde Tribunales de Familia que correspondan a perfil de atención de la modalidad y a la población que se encuentra dentro del territorio focalizado del proyecto.

Se entenderá como atención preferente al menos 50%⁹ de ingresos provenientes del PSI 24 Hora¹⁰
Por tanto, se espera que siempre el ingreso sea preferente de niños, niñas y adolescentes que provengan del PSI 24 Horas de Carabineros.

Sin perjuicio de lo anterior, en caso de existir medidas proteccionales decretadas por el Tribunal de Familia respectivo de conformidad a las letras c) y d) del artículo 71 y artículo 80 bis, ambos de la ley N° 19.968, que ordenen la atención inmediata y sin más trámite a niños, niñas o adolescentes que sean sujeto de protección del Servicio, no obstante se supera el número de plazas inicialmente contempladas en el convenio, el organismo colaborador deberá adoptar las gestiones necesarias para que se otorgue la atención en el más breve plazo de conformidad a la normativa vigente y las instrucciones dadas por el

⁵ De acuerdo a los artículos 2 bis, 8 letra t) y 19 de la ley N° 21.302, cuando el tribunal o la Oficina Local de la Niñez (en la medida que dicho organismo se encuentre implementado) derive al programa de protección especializada, el director regional respectivo deberá asignar el cupo en el programa que corresponda.

⁶ De acuerdo con lo establecido en el Memo 128 de fecha 14 de diciembre de 2021 en su numeral quinto. Para mayor información revisar anexos.

⁷ Los Equipos de Detección Temprana corresponden a profesionales psicosociales que se instalan en los municipios, a través de un convenio con los gobiernos locales.

⁸ Ministerio Público o Fiscalía, sólo procederá en la medida que dicho organismo remita los antecedentes al Tribunal de Familia respectivo, a fin de que éste último dicte la resolución correspondiente, por cuanto, es el órgano judicial competente para conocer de las medidas proteccionales a que se refieren las letras c) y d) del artículo 71 y artículo 80 bis, ambos de la ley N° 19.968.

⁹ Cabe destacar que se deberá efectuar los esfuerzos para priorizar que los ingresos sean derivaciones procedentes de la listado PSI 24 horas

¹⁰ Los porcentajes establecidos en las presentes Orientaciones Técnicas podrán variar en consideración a las necesidades locales, debidamente justificada y con aprobación Supervisor/a Técnico del Servicio. Resguardando siempre que no se pierda el espíritu del programa, es decir que los niños, niñas y adolescentes provenientes del listado PSI 24 Horas tengan atención preferente y oportuna.



Servicio, considerando lo dispuesto en el artículo 12 de la ley N° 20.032 en relación con el artículo 19 de la ley N° 21.302.

5.3. Cobertura y Focalización territorial

El proyecto realizará atención especializada a niños, niñas o adolescentes que se ajusten al perfil del sujeto de la atención y deberá instalarse en el territorio que se indicará en el anexo respectivo del proceso concursal que se elabore para esos efectos por el Servicio, donde se detallará la cobertura y focalización territorial requerida acorde a las necesidades de la oferta programática licitada.

No obstante, lo anterior, si existieren razones de caso fortuito o fuerza mayor debidamente acreditadas, dada la situación y/o dispersión geográfica en algunas regiones, podrían incluirse excepcionalmente atenciones para niños, niñas y adolescentes, debiendo informar a las autoridades del Servicio y a los Tribunales correspondientes, a fin de adoptar las acciones procedentes.

5.4 Modelos específicos de intervención para la modalidad

Modelos Generales de Intervención

Modelo Ecológico

Dentro de los modelos explicativos del desarrollo humano, se encuentra el modelo ecológico, propuesto por Bronfenbrenner (1987), este autor 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.

El postulado del modelo ecológico que propone Bronfenbrenner viene a decirnos que el desarrollo humano, supone la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, que está en proceso de desarrollo, por un lado, y por el otro las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona en desarrollo vive. Acomodación que se va produciendo a través de un proceso continuo, que también se ve afectado por las relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que participa la persona en desarrollo y los contextos más grandes en los que esos entornos están incluidos.

Considera que 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 realidad.

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

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. Las dinámicas que se dan en estos microgrupos, especialmente en la familia, lo que puede dar cuenta de sistemas más o menos abusivos.

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.). 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 niños.

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"¹¹ a los niños, cuando estos desafían el poder de sus mayores.

Por otra parte, para explicar el proceso de interacción entre el individuo y su contexto se incluyen dos grandes dimensiones: la dimensión de riesgo y la dimensión de protección. La interrelación entre ambas puede generar un mecanismo de protección que daría lugar a la resiliencia o, en caso contrario, un mecanismo de riesgo que lleva a la vulnerabilidad.

Los factores de riesgo o los de protección abarcan todos los subsistemas, por lo tanto, podrían ubicarse en cualquiera de ellos. La familia, los vínculos significativos y las características internas de estos miembros son parte del microsistema que incluyen su grado de estabilidad emocional, su historia y aspectos personales, entre otras cosas.

Cuando se analiza la **dimensión de protección**, se destacan como elementos protectores las competencias personales tales como un nivel intelectual, las habilidades sociales en sentido general y especialmente las habilidades de solución de problemas interpersonales, la creatividad, y el autoconcepto asociado al haber internalizado alguna buena figura de apego (Morelato, 2009).

En contraste, desde la **dimensión de riesgo**, se puede pensar que existen aspectos propios o características internas que funcionarían como eventualidades o dificultades para el desarrollo. Estos aspectos pueden ser la presencia de problemas de conducta (agresión, inhibición) o déficit en habilidades de interacción social, trastornos psiquiátricos (depresiones, psicosis), problemas intelectuales, baja autoestima, tendencia al locus de control externo, falta de capacidad reflexiva, de empatía y haber tenido una historia de apego disfuncional, entre otras problemáticas. Los factores personales no son determinantes, pero

¹¹ Cosificar a alguien equivale a tratarlo no como un semejante, como un ser humano sino, como 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



inciden negativamente en la interacción con el contexto, generando mayor probabilidad de desarrollar vulnerabilidad.

De acuerdo a lo anterior, se considera pertinente estimular las competencias protectoras mencionadas tanto en forma individual o grupal, a fin de fortalecer las posibilidades personales de enfrentar el riesgo, compensarlo o atenuarlo. A la vez desde la perspectiva de la protección pueden situarse las características de los miembros de la familia, entre las más importantes están las funciones de apoyo de aquellos miembros, si los hay, que presenten conciencia de la desprotección infantil. Por ello, se sostiene que, si existen del lado del riesgo señales de violencia o maltrato, es posible potenciar la resiliencia si nos enfocamos en aquellas personas que perciben que existe algún problema en la familia, lo denuncian o pueden buscar ayuda. De este modo, se puede detectar recursos para cuidar al niño, niña o adolescente concretamente. También forman parte de este sistema protector el grupo de pares, el sistema escolar y la red familiar extensa, por otro lado, se encuentran vecinos, miembros de la comunidad, de la misma manera cobra gran relevancia la participación de la familia en la comunidad, como una red que puede soportar y contener a este grupo humano.

Todos los niveles del modelo ecológico dependen unos de otros y, por lo tanto, se requiere de una participación conjunta de los diferentes contextos y de una comunicación entre ellos. El contexto es el marco de referencia que contiene la información necesaria para comprender el sentido y significado de acciones, enunciados, normas de un conjunto de sujetos. Es el marco donde se sitúa el encuentro psicosocial entre los actores, el "lugar" donde sucede y temporalidad en la que se inscribe. Es importante relevar las variables mencionadas para realizar intervenciones de acuerdo al contexto en donde se desarrolla el individuo y de qué manera éste influye sobre el niño, niña, adolescente y la familia.

Resiliencia

La perspectiva de la Resiliencia ha sido de gran utilidad en las Ciencias Humanas y Sociales, implicando un cambio de paradigma en la mirada de los problemas personales y sociales; como también en la intervención que realizan profesionales y técnicos al trabajar con las personas. Transitando de un enfoque centrado en los problemas y dificultades, a una mirada que pone el énfasis en el reconocimiento de fortalezas y recursos, para, desde ahí, promover la superación de las dificultades y en lo posible salir fortalecidos. Es una forma de hacerle frente a los problemas, los traumas y las situaciones adversas. Supone una transformación en las concepciones y prácticas, transitando de una visión determinista e incluso pesimista a una visión más esperanzadora (Milicic, 2011).

La resiliencia se entiende como la capacidad de las personas para enfrentar las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive ser transformados/as por éstas, puesto que nadie está ajeno a las adversidades (Henderson, 2006). Esta capacidad es el resultado de la interacción del individuo con otras personas, de sus condiciones de vida y del ambiente vital (Barudy, 2005), por tanto, no debe entenderse como una característica inherente a las personas sino como una capacidad a desarrollar.

Para Boris Cyrulnik, "La resiliencia es el arte de navegar en los torrentes" (2001, p.213). Y la explica a través de la siguiente metáfora: "Un trauma ha trastornado al herido y le ha orientado en una dirección en la que le habría gustado no ir. Sin embargo, y dado que ha caído en una corriente que le arrastra y le lleva hacia una cascada de magulladuras, el resiliente ha de hacer un llamamiento a los recursos internos que se encuentran impregnados en su memoria, debe pelearse para no dejarse arrastrar por la pendiente natural de los traumas que le impulsan a correr por mundo y a ir de golpe, en golpe hasta, el momento en que una mano tendida le ofrezca un recurso externo, una relación afectiva, una institución social o cultural que le permita salir airoso" (p.213).



Paul Bouvier, en Cyrulnik (2001) aclara que la resiliencia “no es una vacuna contra el sufrimiento, ni un estado adquirido e inmutable, sino un proceso, un camino que es preciso de recorrer (p, 215). Para recorrer este camino se requiere un guía o tutor de resiliencia que es una persona significativa que ayuda a que la otra persona le dé sentido a lo vivido, le permita salir airoso, tejer vínculos y reorganizar la imagen de sí mismo, entre otros aspectos (Cyrulnik 2001, Milicic, 2011). Desde esta mirada, los profesionales y técnicos que trabajan en programas que abordan problemáticas relacionadas con niñez, adolescencia y familia, pueden contribuir a generar contextos resilientes, poniendo al servicio de la intervención sus propios recursos (resilientes) (Barudy, 2005), favoreciendo así que los padres, madres o adultos a cargo puedan ejercer una parentalidad y marentalidad bien tratante, como también que los niños, niñas y adolescentes fortalezcan sus recursos personales y sociales.

Simpson (2010), aporta que el ser humano es por naturaleza y por cultura un ser social, que requiere de los otros para nacer, crecer, desarrollarse. Por lo tanto, la resiliencia solo se daría en una interacción con el ambiente que permita una adaptación positiva en contextos de adversidad. Así, la resiliencia sociocultural, aporta en una mirada dentro de este mismo enfoque poniendo el foco en lo social y cultural, evitando lecturas universalistas. Por el contrario, reconoce que una persona en estado¹² resiliente es cuando al pasar de las dificultades y problemas, se adapta activamente en concordancia con las características de su etapa del desarrollo, de su cultura y de la sociedad. Entonces, desde esta autora los “otros significativos” o como se denominaron en párrafos anteriores, los tutores de resiliencia son una especie de “delegados del entorno”, puesto que cuentan con una escala de valores concordantes con el entorno, ayuda a darle sentido a la vida y muestra, a través de su quehacer, como lograr resultados positivos.

Para Puig y Rubio (2011), el **Tutor de Resiliencia**, “administra seguridad y confianza, a la par que autonomía e independencia” (p. 121). Reconoce que hay tutores naturales y profesionales (o formales). Estos últimos, entregan apoyo, contención, a través del establecimiento de un vínculo positivo ayudan a reconstruir la confianza básica. Para ello, se requiere conocer al otro, saber de sus habilidades e intereses.

El propósito de que los programas sociales, trabajen desde un enfoque de la resiliencia le otorga a la intervención una **mirada esperanzadora** desde distintos ángulos. Por un lado, permite que el Estado asuma un rol de generador de oportunidades de emergencia o fortalecimiento de la resiliencia, aportando a la equidad con personas o grupos sociales que no han tenido dichas oportunidades. De este mismo modo, a los equipos técnicos, les contribuye a darle sentido a su intervención, porque ve a los sujetos con los que trabaja, no sólo como personas con dificultades (que frecuentemente son muchas y diversas), sino que también, desde sus recursos, fortalezas y, también, desde las posibilidades de ser permeados por el proceso de intervención. A los niños, niñas, adolescentes y sus familias, les permite elaborar las situaciones dolorosas vividas, salir fortalecidos y en el caso del maltrato, evitar o interrumpir la violencia transgeneracional.

El enfoque de la Resiliencia también ha sido abordado en el estudio con familias que ejercen adecuadamente el cuidado de sus niños y niñas, aún en contexto de gran estrés psicosocial. María José Rodrigo, Doctora en Psicología, académica que ha desarrollado una serie de investigaciones en parentalidad en España, plantea que la **Resiliencia Parental**, es “un proceso dinámico que permite a los padres desarrollar una relación protectora y sensible ante las necesidades de los hijos/as a pesar de vivir en un entorno potenciador de comportamientos de maltrato”. (2009a, p.52). Un factor protector que aporta a las familias a hacer frente a los estresores es el apoyo social informal y/o institucional.

¹² Según la autora “uno está y no es”.



Para la autora, la Resiliencia Parental es una invitación a ver las potencialidades de las familias y cuestiona la forma que se ha tenido de nombrar a las que se encuentran en riesgo psicosocial y que son usuarias frecuentes de la oferta pública, esto es “multiproblemáticas”, “disfuncionales”, “desintegradas”. Por otro lado, convoca a abandonar como modelos ideales que guían la intervención, aquellos que se basan en familias normalizadas y propone cambiarlos por aquellos que presentan las resilientes, ya que indican cómo han podido salir adelante en determinados entornos. Otro aporte muy relevante de esta perspectiva, es que dado que hay una diversidad de situaciones familiares y de posibles formas de resiliencia, hay que sustituir el “dar recetas” a los padres y madres, por ayudarlos a que “hagan de su parentalidad un *traje a la medida* y no el traje estándar que se supone deben realizar” (2009a, p.65).

Parentalidad Positiva: Una mirada contextual del ejercicio de la parentalidad y marentalidad.

El Comité de Ministros del Consejo de Europa en su recomendación 19 del año 2006, adhiere como marco para el desarrollo de políticas públicas dirigidas a la familia, a la parentalidad positiva, por ser un modelo acorde con el interés superior del niño y con el propósito de alcanzar “las condiciones necesarias para el fomento del ejercicio positivo de la parentalidad, garantizando que todas aquellas personas que han de educar niños tengan acceso a los recursos adecuados (materiales, psicológicos, sociales y culturales) y que las actitudes y patrones sociales más extendidos se adapten a las necesidades de las familias con hijos y a las necesidades de padres y madres” (Rec 19, 2006 p. 1). España considera esta recomendación y su Ministerio de Sanidad y Política Social y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), establecen un convenio con la finalidad de desarrollar políticas de apoyo a la familia con enfoque de parentalidad positiva.

La parentalidad positiva se encuentra en concordancia con los principios de la CDN. Se define como el “comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño” (Rec 19, 2006 p. 3). Uno de los supuestos de los modelos de trabajo con familia desde la parentalidad positiva, es que todos los padres y madres necesitan apoyos para ejercer adecuadamente su parentalidad/marentalidad (Rodrigo, y otros, 2010).

“La tarea de ser padres y madres no se ejerce en un vacío, ni depende exclusivamente de las características de los progenitores. Se ejerce dentro de un espacio ecológico...” (Rodrigo y otros, 2010, p.13). Un modelo ecológico de parentalidad positiva considera tres factores: 1) el contexto psicosocial en el cual vive la familia, que puede tener factores de riesgo que son estresores para la tarea de ser padres, o bien, factores protectores que apoyan el ejercicio de la parentalidad; 2) las necesidades evolutivas/educativas de los niños/as (edad, situación de salud, características de personalidad, necesidades especiales), también, se plantea que *los padres moldean la vida de los hijos y los hijos, también permean a sus padres, contribuyendo a su propio desarrollo*¹³ 3) las capacidades parentales, de madres y padres para la crianza y educación de los niños/as también modelan fuertemente el ejercicio de la parentalidad positiva. Estos factores –graficados en la figura 1- que constituyen la diversidad de ecologías en las cuales se ejerce la parentalidad/marentalidad tendrían que considerarse en la entrega de apoyos sociales a las familias. Puesto que, “no hay dos tipos de padres/madres, los buenos y los malos, sino múltiples ecologías en las que los padres y las madres construyen su tarea con diversos grados de dificultad” (Rodrigo y otros, 2010, p.15).

¹³ Palabras extraídas de la presentación de María José Rodrigo, en el Seminario “La Parentalidad Positiva: Un Nuevo Enfoque para el Trabajo con Familias”. Santiago de Chile, 25 de marzo del 2013

Figura 1. Condiciones de las que depende la parentalidad positiva



Los mismos autores son críticos a los programas de atención que se han desarrollado tradicionalmente con las familias, porque se ejecutan de manera tardía cuando las problemáticas están cronificadas, son individualistas y han sido asistenciales. Por el contrario, se propone, un nuevo modelo de intervención con las familias basado en el fomento de la parentalidad positiva, el cual debería contemplar, en primer lugar, un perfil de usuario más amplio y no solo a las familias en situación de pobreza. En segundo lugar, un modelo que parta del supuesto de que todas las familias tienen capacidades que pueden promoverse, en tercer lugar, diversificar las metodologías de atención en función de las necesidades de las familias. Y por último, en cuarto lugar, el proceso de identificación de las potencialidades de las familias requiere una exploración cooperativa con la familia, que considere su propia experiencia para enfrentar las dificultades en el pasado, en vez de un diagnóstico e intervención realizada solo desde el punto de vista del experto.

Finalmente, reconocer la diversidad de familias con las que se encuentran los programas es clave para desarrollar estrategias que sean acordes y pertinentes a sus realidades socioculturales. Como también, incorporarlas tempranamente en la intervención, favoreciendo su involucramiento y activación en pro de la restitución de derechos vulnerados que afectan a sus niños, niñas y adolescentes.

Apego y Neurociencia

Apoyar las relaciones tempranas entre los niños/as y sus cuidadores principales fomentando la seguridad en el apego como un factor potencial de protección, es un objetivo que se destaca en los programas sociales de política pública implementados para fortalecer la relación afectiva, durante los últimos años (Berlín, Zeanah & Lieberman, 2008; Zeanah, Fox & Nelson, 2018). Por su parte, las intervenciones que buscan fortalecer la calidad de la relación afectiva al interior de la familia demuestran que suelen ser altamente efectivas en el caso de aquellas que presentan alto riesgo psicosocial (Berlín, Zeanah, & Lieberman, 2008).

La teoría del apego de John Bowlby (1980), aporta con una perspectiva teórica, pero a la vez de intervención enriquecedora a la hora de abordar las variables que definen a una relación protectora, a diferencia de aquellas marcadas por la inseguridad y/o la desorganización (Pitillas et al., 2016). Por otra parte, ha sido útil para explicar el efecto que producen las experiencias tempranas de cuidado en el desarrollo infantil (Bowlby, 1980).

El vínculo de apego es un constructo relacional diádico referido a una relación exclusiva que establece el niño/a con su cuidador principal, que es aquella figura capaz de calmarlo/a. La figura de apego cumple



una doble función: es una base segura desde la cual explorar y un refugio al cual volver cuando se presentan situaciones difíciles (Di Bartolo, 2018). Por tanto, el apego no se trata solamente de la mera satisfacción de las necesidades biológicas o afectivas del niño/a, sino de un proceso de moldeado del funcionamiento neurobiológico y fisiológico a través de la relación con una figura significativa (Benito, 2020).

Aunque el sistema de apego se inicia en la primera infancia a partir de las primeras relaciones que el niño/as establece con sus figuras primarias de cuidado; según Bowlby (1988) éste tiene vigencia durante todo el ciclo vital, desde la cuna hasta la tumba (como se citó en Di Bartolo, 2018).

Consecuencias de la violencia en el desarrollo

Con relación al impacto del maltrato en el desarrollo de niños/as y adolescentes, los avances de la neurociencia han generado una comprensión más profunda de la importancia de las experiencias vividas durante la niñez en el desarrollo del cerebro y del papel central de las relaciones tempranas en el desarrollo saludable de éste (Pinheiro, 2006; Benito, 2020). La exposición al estrés que provoca la violencia puede afectar al sistema nervioso e inmunológico en desarrollo, provocando mayor riesgo de sufrir problemas de salud física y mental durante toda la vida (Pinheiro, 2006; Benito, 2020).

Dentro de las repercusiones a corto y largo plazo de los malos tratos sufridos por los niños/as y adolescentes, la Observación N° 13 del Comité de Derechos del Niño señala lesiones mortales y no mortales, problemas de salud física, dificultades de aprendizaje, consecuencias psicológicas y emocionales (como sensaciones de rechazo y abandono, trastornos afectivos, trauma, temores, ansiedad, inseguridad y destrucción de la autoestima), problemas de salud mental y comportamientos perjudiciales para la salud, como el abuso de sustancias adictivas o la iniciación precoz en la actividad sexual (UNICEF, 2014).

Modelo Contextual Relacional.

Este modelo se ha empleado en el ámbito de la terapia clínica con familias. Es así, que el Instituto Chileno de Terapia Familiar, adhiere a este modelo para desarrollar su trabajo terapéutico, porque es un enfoque que propone una forma de mirar en la que ponemos atención no sólo en el individuo, sino que, especialmente en las relaciones que establece con las demás personas con las cuales interactúa. Por lo tanto, **“el comportamiento de una persona no lo entendemos sólo como determinado por sus características individuales (biológicas y psicológicas), sino que lo entendemos (sic) en el contexto relacional en el que ocurre (familia, trabajo, comunidad, etc)”** (Bernales, 2012, p.56).

Dicho de otra manera, lo Contextual Relacional, es apreciar las relaciones en sus contextos y es también, reconocer los contextos que están siendo a su vez producidos por esas relaciones. La relación se da siempre en un entorno y éste se modifica por efecto de la relación. Desde esta lógica, cuando un profesional interviene, lo hace desde un nuevo evento posible, con el propósito de articular lo nuevo con lo tradicional y conocido¹⁴.

Un modelo centrado en los recursos, tiene el supuesto a la base de que todos los sistemas, incluidas las familias, poseen los recursos necesarios para solucionar sus problemas. Para Walsh (2004), este enfoque tiene como objetivo “construir intervenciones sobre la base de áreas de competencia y recursos de la familia, de manera de generar en ella capacidad de acción” (Bernales, 2012, p.61). En este sentido, se comprende que la familia desarrolla comportamientos adaptativos a sus contextos y

¹⁴ Apuntes de las presentaciones del Curso “Estrategias de Intervención para el Desarrollo de Competencias Parentales”, dirigido a equipos PIB-Programa Vida Nueva (actual 24 Horas), dictado por el Instituto Chileno de Terapia Familiar en el año 2013 por encargo de Deprode, Sename.



que el interventor o terapeuta alienta la búsqueda de alternativas, desde ellos, más que enfatizar sus limitaciones o déficits.

Desde el **enfoque centrado en los recursos**, (Walsh, 2004 en Bernales 2012) la intervención es más eficaz si:

- Se centra en pequeños logros, con el objetivo de que la familia vuelva a tener control sobre su vida y recupere la confianza en sus capacidades.
- Para que lo anterior ocurra, se requiere acoger la historia de la persona y/o familia como legítima y no como una serie de faltas. Además, se reconoce que sí han podido enfrentar situaciones complejas, dando cuenta de la resiliencia familiar.
- Se amplía el foco a la red de relaciones familiares y sociales, para identificar aportes que contribuyen a la solución del problema.
- Se realizan intervenciones que realcen las interacciones positivas, así como también, se identifican y valoran las estrategias que han utilizado para *salir adelante*. Hay que amplificar estos momentos, pautas y recursos, puesto que resultan reparadores de la confianza.
 - Se estimulan las áreas libres de problema. Consultar por las excepciones al problema, por ejemplo preguntar ¿qué hacen bien?, ¿qué les ha resultado?

El Instituto Chileno de Terapia Familiar (2013)¹⁵, agrega los siguientes aspectos a considerar en la intervención centrada en los recursos:

- Elección de un Foco claro para intervenir.
- Efectuar preguntas relacionales (circulares) y de contexto que apunten a la construcción de posibilidades.
- Revisar con la familia otras alternativas que se sientan capaces de desarrollar, más que subrayar limitaciones.

El Modelo Contextual Relacional basado en los recursos, muestra una forma de intervención terapéutica con las familias que es coherente con los enfoques teóricos del programa, en la medida en que aporta estrategias interventivas que se apoyan en el reconocimiento de los recursos de la familia, establece un foco claro para intervenir y establece un vínculo terapéutico, en cual, las personas tienen un rol activo, entre otros aspectos que se constituyen un aporte a la intervención del programa.

Modelo Cognitivo Conductual.

Los enfoques cognitivos conductuales combinan modelos de la teoría del aprendizaje con aspectos del procesamiento de la información, en su intento de explicar cómo se instauran las conductas en las personas. Al integrar estos dos postulados teóricos, la teoría conductual y la cognitiva, integra los factores internos y externos de un sujeto (Battle Villa, 2008). A esto último, el teórico Aaron Beck añade un componente ligado a las cogniciones, afirmando que las personas **no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo** en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos (Beck, 1979).

Desde esta perspectiva, los esquemas son patrones cognitivos estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo. En otras palabras, **los esquemas son**

¹⁵ Apuntes de las presentaciones del Curso "Estrategias de Intervención para el Desarrollo de Competencias Parentales", dirigido a equipos PIB-Programa Vida Nueva (actual 24 Horas), dictado por el Instituto Chileno de Terapia Familiar en el año 2013 por encargo de Deprode, Sename.



construcciones mentales subjetivas, más o menos estables, que actúan como filtros a la hora de percibir el mundo por parte de cada individuo.

Bajo el modelo conductual toma relevancia la conducta individual observable, así como los factores medioambientales que pueden precipitar y/o mantener un comportamiento determinado. Así, cobran relevancia las explicaciones que nos entrega el condicionamiento clásico (Pavlov), el condicionamiento operante (Skinner), el aprendizaje observacional (Bandura). Por su parte, bajo el modelo cognitivo, se afirma que los individuos son participantes activos en su entorno, juzgando y evaluando estímulos, interpretando eventos y sensaciones, y aprendiendo de sus propias respuestas (Battle Villa, 2008). A la base de todo comportamiento están los pensamientos y creencias que permiten a un individuo interpretar la realidad y en definitiva construirla. Dicho en otras palabras, la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976)

Beck distingue dos tipos de creencias: las centrales y periféricas. Las creencias centrales se presentan como proposiciones absolutas, duraderas y globales sobre uno mismo, los demás o el mundo. Representan el nivel cognitivo más profundo, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas. Mientras tanto, las creencias periféricas: Son influenciadas por las nucleares, por tanto, están ubicadas entre las éstas y los productos cognitivos o pensamientos automáticos. Consisten en actitudes, reglas y presunciones (o supuestos). Por lo tanto, influyen en la forma de ver la situación, y esa visión influye en cómo se siente, actúa o piensa un individuo (del Pozo & Larargui-Castillo, 2008)

La intervención desde este modelo pone énfasis en los efectos de las creencias desfavorables en el sentido adaptativo y las actitudes del sujeto en relación a la conducta actual. La meta del tratamiento es desarrollar una nueva estructura o modificar la estructura existente haciéndola más adaptable (Battle Villa, 2008). Para el logro de esto último, durante los procesos interventivos toma relevancia el concepto de autoeficacia (Bandura, 1984), entendida como un elemento clave que media entre el conocimiento, las habilidades objetivas y la acción. DiClemente, Fairhurst y Piotrowski (1995) distinguen cinco tipos de autoeficacia: Autoeficacia de afrontamiento; autoeficacia centrada en el tratamiento; autoeficacia de recuperación; autoeficacia de control y autoeficacia para la abstinencia, las cuales se encuentran detalladas en el siguiente cuadro.

Clase de autoeficacia	
Autoeficacia de afrontamiento	Capacidad para el afrontamiento eficaz de situaciones que inciten a mostrar un comportamiento que se busca erradicar.
Autoeficacia centrada en el tratamiento	Capacidad para llevar a cabo las estrategias relevantes para la intervención, como son la autoobservación o el control de estímulos.
Autoeficacia de recuperación	Se refiere a la capacidad de recuperarse de un desliz o recaída.
Autoeficacia de control	Capacidad para controlar la conducta y creer que uno es eficiente en ello.
Autoeficacia para la abstinencia	Capacidad para abstenerse de emitir la conducta que se desea abandonar

El aumento de la percepción de autoeficacia (DiClemente, 1995) impacta favorablemente en las percepciones, opiniones y premisas respecto de sí mismo, incidiendo en la creencia de control que una



persona presenta al momento de abordar conductas y comportamientos que se desean modificar o directamente abandonar. Por tanto, el modelo cognitivo conductual trabaja el desarrollo de la autonomía de las personas considerando su autocontrol frente a ciertas situaciones cambiándose así los contextos y poder generar procesos de adaptación ante estos eventos y capacidad de respuesta no dañinas para sí mismos.

Modelo Estratégico Breve.

El modelo Estratégico Breve representa una revolución en el campo de la psicoterapia a través de una efectiva y rápida solución de los problemas presentados por los consultantes, demostrando que, aunque si bien los problemas y el sufrimiento humano pueden ser extremadamente persistentes y complicados, no necesariamente requieren soluciones igualmente complicadas y prolongadas en el tiempo (Haley, J. 1981) El primer modelo de Terapia Breve Estratégica fue formulado por un grupo de científicos, liderados por el psicólogo Paul Watzlawick y los psiquiatras John Weakland y Richard Fisch, conocido como el Grupo de Palo Alto, California (Pacheco, M. 2002). La teoría general de sistemas y la incipiente teoría de la comunicación humana son sus fundamentos. Su aproximación al fenómeno humano es eminentemente constructivista, en el entendido que los seres humanos son activos participantes en su elaboración del mundo donde viven, a través de sus sucesivas interpretaciones de éste (Watzlawick, 2000).

Según Jay Haley (1981), una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema. Cuando se encuentran un terapeuta y una persona con un problema, la acción que tiene lugar está determinada por ambos, pero en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta.

Bajo la perspectiva sistémica, se entiende que el comportamiento humano ocurre inseparablemente de su contexto, no es posible aislar conductas sin comprenderlas con elementos provenientes del entorno (Nardone, 2005). Se reconoce el hecho de que los seres humanos otorgamos significado a la experiencia y las creencias que tenemos del mundo de alguna forma lo moldean (Erickson, M, 1967)

El acercamiento estratégico breve se interesa por lo tanto en el modelo de mundo que una persona ha construido, indagando con auténtico interés en las premisas e idiosincrasia que subyacen a la conducta de los individuos. Utiliza estratégicamente todos sus hallazgos en pos de lograr un cambio que aparezca beneficioso para los consultantes, respecto de los problemas que los aquejan. Técnicamente, lo que se intenciona es detectar las pautas que mantienen los problemas, alterándolas mediante maniobras conductuales, de tal forma que esas pautas se debiliten, dando paso a nuevas pautas, más saludables y ecológicas que las anteriores. Esto último se sustenta en el supuesto de que las personas siempre toman su mejor alternativa en un contexto dado (Fisch, J., Weakland, J. y Watzlawick, P.,1992), una confianza básica en que las personas podemos cambiar para mejor, utilizando todo el repertorio de conductas saludables que tenemos e incluso creando nuevas pautas relacionales y conductuales.

Por ello, aquel que interviene bajo esta premisa intenta mediante la conversación unir aptitudes de la persona al contexto problema, en una muestra de confianza en la naturaleza humana, llena de recursos potenciales y capacidad creativa. Lo que se busca entonces, a través de un tratamiento hecho a la medida de cada individuo, es ampliar el repertorio conductual y de respuesta, para colaborar en que una persona alcance una resolución de sus problemas y acceda a estados de mayor bienestar (De Shazer, 1982) El fundamento teórico que prevalece es que el cambio es constante e inevitable (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989), por lo tanto los problemas también están siempre cambiando y lo único que eventualmente no cambia son las formas de interpretar una situación (Lipchik, 2002).



La modificación de las pautas que mantienen los problemas fue la principal motivación de los primeros estadios de la terapia estratégica breve. Ese foco fue cambiando en la medida que el modelo ganaba practicantes y se añadían nuevos elementos. Fue así como hubo una tendencia paulatina a enfocarse, en lugar de problemas, hacia las soluciones. Esto sustentado en la premisa de que centrarse en los problemas implicaba centrarse en debilidades y defectos de las personas, mientras que enfocarse en soluciones traía a la mano un universo basado en los recursos y éxitos de las mismas. De este modo comienzan a desarrollarse las aproximaciones centradas en la solución, rescatando prácticas exitosas del pasado de un individuo y a través de diversas técnicas creando soluciones utilizando todos los recursos latentes en cada consultante.

La orientación hacia objetivos es clave bajo la luz de este enfoque. Estos siguen los lineamientos de los objetivos SMART¹⁶, los cuales deben ser acotados, medibles, alcanzables, realistas y ajustados a un plazo determinado:

Metas específicas	Defina qué problema específico se ha de mejorar.
Metas mensurables	Cuantifique y sugiera cómo se realizará y medirá el progreso.
Metas realizables	Sugiere/a los resultados que están dentro de la capacidad del niño y contrólelos para terminar.
Metas realistas	Establezca los resultados que pueden lograrse de manera realista, dado los recursos disponibles.
Metas con límite tiempo de	Especifique cuando se pueden alcanzar los resultados.

El interventor/a invita al consultante a explicitar lo que desea siga ocurriendo en su vida al mismo tiempo que imagine su vida una vez que el proceso se encuentre concluido, proyectando de esta forma cambios en su vida que se darán durante la relación terapéutica. En esta misma línea, los enfoques orientados a la solución cuentan con algunas técnicas particulares:

Estrategias	
Reencuadre	El interventor/a ofrece puntos de vista alternativos respecto de experiencias, conductas y sentimientos de un individuo. Estas nuevas perspectivas tienen siempre un matiz positivo, relevando recursos, esfuerzos y anhelos de quien se encuentra ejecutando los cambios en su vida.
Construir soluciones	La ayuda del interventor se centra en ayudar a un otro a elaborar soluciones que puedan ponerse en práctica. Se busca capitalizar las estrategias de éxito en el pasado y cualquier meta que una persona tenga se considera un buen punto de partida para pensar en conjunto acciones remediales a los problemas.
Excepciones	Conversación que busca los momentos en la rutina cuando no se presentan los problemas que se están abordando. Las excepciones hechas a propósito y las involuntarias, pero llevadas a cabo por las mismas personas.

¹⁶ Por sus siglas en inglés. El recuadro fue extraído del Manual de Capacitación del Participante, Programa de Asesoramiento sobre drogas del Plan de Colombo Plan de Estudios del Tratamiento para niños con trastornos por consumo de sustancias 2016.



Elogios y tareas	Reconocimiento de los esfuerzos por ensayar conductas alternativas en la cotidianeidad. Énfasis en lo que ha dado resultado. Las tareas son el plan de tratamiento en acción, deben ser lógicas y razonables y tienen que tener sentido para quien las ejecuta.
Orientación micrologros	Valoración en los pequeños cambios positivos que se concreten en la vida de las personas, con la idea de que estos producirán cambios mayores. Por ello, los objetivos se definen siempre en términos de que sean alcanzables y verificables, fortaleciendo la percepción de autoeficacia de las personas.

Para Mark Beyebach (2005), los objetivos bien formados presentan características específicas, que incrementan la motivación y se orientan directamente a la construcción de patrones saludables y constructivos de comportamiento:

- Relevante para los sujetos de atención.
- Descritos en términos conductuales.
- Pequeños y alcanzables.
- Descritos como “empezar algo” más que “terminar algo/dejar algo”.
- Descritos como “presencia de algo” en vez de “ausencia de algo”.
- Descritos en su contexto interaccional.
- Percepción de que para alcanzarlos se requiere de un esfuerzo voluntario.

Por tanto, éste enfoque es un aporte a la intervención realizada en la modalidad PIE con los niños, niñas, adolescentes y sus familias, ya que no sólo aborda los recursos de cada uno de ellos, sino que también plantea la consecución de objetivos en donde los logros puedan ser percibido no sólo al terminar la intervención sino dentro de la misma, lo cual ayuda a la motivación de los sujetos de intervención y a visualizar cambios concretos en sus contextos.

Terapia Familiar Funcional.

La Terapia Familiar Funcional es un tipo de terapia familiar sistémica desarrollada para familias de jóvenes con problemas de consumo de drogas, problemas de conducta y delincuencia juvenil que ha demostrado evidencia de efectividad (Waldron & Turner, 2008). Su trabajo se encuentra enfocado en ofrecer ayuda terapéutica a familias con miembros de entre 12 y 19 años que presentan problemas con el abuso de sustancias. Pensado para intervenciones entre 3 y 6 meses, se orienta hacia las fortalezas de los grupos familiares y se pone en una relación de colaboración que busca alcanzar cambios que ayuden a los sistemas intervenidos a funcionar de una manera más adaptativa y productiva. Sus objetivos pueden resumirse en cuatro pilares (Waldron, 2013):

Pilares de la intervención
Promover cambios en las relaciones a largo plazo.
Mejorar eficacia familiar en distintos escenarios.
Reducir comportamientos problemáticos en los jóvenes y las familias.
Incrementar uso productivo del tiempo en los adolescentes.



Se postula, que el proceso de cambio se desarrolla en fases, distinguiéndose como las principales, una primera etapa de vinculación con los usuarios/as. Fundamentalmente el interventor va teniendo acceso al modelo de mundo, y a las múltiples relaciones del sistema intervenido, al mismo tiempo que despliega conversaciones y procesos motivacionales. En seguida, se está en condiciones de promover cambios en los patrones de conducta problemáticos que aquejan a la familia (aun cuando el síntoma lo presente sólo un miembro). Los cambios que se gatillan producto de los acercamientos estratégicos implementados buscan ser generalizados a otras áreas de la vida, sobre todo alentando la participación en otros sistemas de la comunidad.

Para la efectividad del tratamiento, desempeña un rol central la figura del terapeuta. Es muy importante para el modelo que éste cuente con habilidades relacionales, ser asertivo, empático, tener capacidad para planificar, tomar decisiones y conocer las técnicas específicas del modelo. Además de esto es importante que tenga conocimiento de los factores de riesgo y protección del abuso de sustancias en adolescentes.

Por último, es importante mencionar que este modelo según lo mencionado ha tenido resultados en la intervención del consumo de drogas, pero a través de sus planteamientos se conforma como un aporte a los procesos de intervención desarrollados en PIE con el fin de entregar una intervención integral a los niños, niñas, adolescentes y sus familias.

5.5 Especificaciones sobre la intervención en la modalidad Programas de Intervención Integral Especializada PIE-24 Horas.

Principios metodológicos rectores de la intervención

Se espera que los proyectos de Intervención Integral Especializada-PIE 24 Horas para alcanzar su propósito, implementen en los territorios un **modelo de intervención**, enmarcado en un enfoque de **protección de derechos** de la niñez y adolescencia, abordando tanto la **resignificación** de las vulneraciones de derechos, como también las **prácticas transgresoras** de los niños, niñas y adolescentes.

Con independencia de los modelos de intervención por los cuales opten los Colaboradores, se tendrán que considerar los siguientes principios metodológicos, a saber:

✓ Complementariedad:

Como se ha señalado en distintos apartados del documento, el Programa 24 horas se plantea como un modelo de gestión territorial intersectorial, que implica entre otros aspectos que las intervenciones de PIE se encuentren en un entramado de prestaciones de servicios que requieren coordinarse para evitar la sobre intervención.

En un número importante de casos los sujetos participantes de PIE se encontrarán siendo atendidos/as también en otros dispositivos del Programa. En esas situaciones se espera que el proyecto comprenda que el foco es superar las vulneraciones de derechos y la interrupción de conductas que afectan a los niños, niñas, adolescentes y sus familias por tanto, sus intervenciones deberán generar sinergia con las que desarrollen otros proyectos (PDC, PDE, Salud). Para lo cual se requiere que los profesionales y técnicos comprendan el aporte que realizan los otros proyectos y sus alcances. También es clave desarrollar una actitud de colaboración, favorecedora de la complementariedad, reflexiva y no juzgadora del quehacer de los otros proyectos especializados.

En el caso de la derivación a dispositivos especializados, como proyecto de Reinserción Educativa-PDE, de tratamiento de consumo problemático de alcohol y/u otras drogas PDC o equipos de Salud Mental,



se deberán co-construir Diagnósticos Unificados (DIU) y Planes de Intervención Unificados-PIU, con la finalidad de evitar la sobre-intervención y concordar objetivos y metas comunes a conseguir, para lo cual cada equipo aporta desde su expertise.

Los participantes de las Mesas Técnicas de la modalidad,¹⁷ reconocen la importancia de la complementariedad entre los distintos dispositivos 24 Horas para otorgar una atención integral y oportuna. No obstante, la identifican como un desafío permanente y que requiere un alto nivel de coordinación para que funcione.

✓ Intervenir desde una mirada de los recursos:

Sin desconocer la diversidad de situaciones complejas en las cuales se encuentran los participantes del programa, es clave para generar un vínculo positivo y favorecer un proceso de cambio en las familias, que los interventores se planteen con sus usuarios/as desde un enfoque de fortalezas, comprensiva del contexto en el cual se sitúan y no juzgadora de las familias. Lo cual implica explicar claramente los objetivos del programa y las acciones a seguir, incluso si se requiere acciones judiciales.

En el entendido de que los proyectos están presentes un momento acotado en la vida de los niños/as o adolescentes y sus familias, resulta clave identificar e incorporar desde un inicio de la intervención los recursos de las familias, como también de su entorno socio-comunitario. Intervenir desde esta lógica permite una mirada esperanzadora no solo para el equipo, sino, para los propios usuarios/as.

✓ Integralidad:

Apunta a mirar a los sujetos participantes del programa de manera integral, comprendiendo la ecología en la cual se encuentra inserto, lo cual no significa que PIE aborde la totalidad de las temáticas que afectan a los niños/as o adolescentes y sus familias, si no que puede conectarlos con otros recursos comunitarios y/o institucionales a fin de que puedan resolver o cubrir otras necesidades de intervención. Especial énfasis se debe poner en la derivación a otros proyectos sociales cuando se trata de aliviar factores estresores o de riesgo que impactan o que están vinculados con las vulneraciones de derechos o situaciones asociadas a la transgresión de la norma, como pueden ser problemáticas de salud mental, consumo problemático de alcohol y drogas de los adultos o de los niños/as, violencia intrafamiliar, deserción escolar, fragilidad educativa, falta de oportunidades laborales, falta de habitabilidad y vivienda, entre otras problemáticas.

Es así como es importante que el proyecto cuente con un catastro de recursos comunitarios e institucionales que permita conectar o re-conectar a los niños, niñas, adolescentes y sus familias con sus redes. De esta manera se favorece la intervención y la sustentabilidad de los cambios producidos durante la intervención.

✓ Flexibilidad:

“Las prácticas humanas tienen siempre lugar en un contexto determinado, definido por dimensiones espaciales y temporales: todas las prácticas son prácticas situadas, localizadas, territorializadas, se dan en un aquí y ahora específicos, concreto e irreversible”. Por lo tanto, “El contexto es dinámico ya que está siendo construido, reconstruido y deconstruido constantemente” (Martínez, 2006, p.21). Es así, que las presentes Orientaciones técnicas son el marco de acción que se tendrán que considerar en la implementación, no obstante, se espera que los ejecutores propongan metodologías en coherencia con

¹⁷ La Mesa Técnica de la modalidad PIE se desarrolló a través de 3 sesiones durante los meses de julio y septiembre del año 2016. En ella, participaron equipos interventores que comenzaron su funcionamiento antes del año 2016 y representantes de los Organismos Colaboradores que ejecutan mayor cantidad de proyectos en el mismo período, Supervisores/as Técnicos y Gestores/as Territoriales Programa 24 horas.



su **experiencia práctica**, su formación, sus aprendizajes y, especialmente con las características del territorio y sus habitantes.

En relación a esto último, se espera que los equipos interventores reconozcan las expresiones de las vulneraciones que afectan a los sujetos participantes del programa, como también las prácticas transgresoras presentes en los contextos y por lo tanto, que se consideren en la implementación del programa y en la intervención con los niños, niñas, adolescentes, a sus familias y los co-garantes.

Esto implica reconocer el territorio donde se encuentra instalado el programa, identificar las características socioculturales del entorno en cual habitan los niños/as, los adolescentes, sus familias y los actores comunitarios o institucionales relevantes. También se requiere visualizar los factores de vulnerabilidad/estresores específicos que impactan a las familias, así como también, los recursos o factores protectores del contexto.

Desde esta mirada, también, cobran sentido **las intervenciones en los espacios cotidianos o naturales en los cuales los niños/as y especialmente los adolescentes desarrollan sus vidas.**

Por otra parte, la experiencia de programas psico-sociales o terapéuticos y la literatura apuntan a la potencia de las intervenciones en los domicilios porque superan las barreras de acceso a las familias, como también, resultan altamente efectivas para generar nuevas dinámicas relacionales, que aportan a la restitución de derechos de los niños/as y adolescentes. También son útiles para la incorporación de figuras de la familia que se encontraban en una posición más periférica de la intervención, como ocurre en ocasiones con los padres u otras figuras masculinas. Lo anterior debe realizarse en acuerdo con la familia y respetando las diversas dinámicas familiares.

La utilización de espacios comunitarios también puede favorecer la adherencia y el acceso a la intervención tanto a niños/as o adolescentes, como a los adultos. Otro aspecto que fue mencionado por los equipos participantes de las Mesas Técnicas de la Modalidad es, que incrementa la participación de los usuarios/as, especialmente de los adultos en el proceso, la **flexibilidad de los horarios de atención**, adecuándolos a sus tiempos disponibles, atendiendo a los adultos luego de que culminan su jornada laboral. Lo anterior, resguardando los derechos laborales de los trabajadores que se desempeñan en los proyectos.

✓ Promocional:

Esto significa comprender el Programa como un espacio de desarrollo tendiente a mejorar la situación de vida de niños, niñas, adolescentes y sus familias, en un contexto habilitador, fortalecedor de sus potencialidades y mostrando oportunidades. También se entiende que las intervenciones que se realizan en sus distintos niveles (personal, familiar y sociocomunitario) tienen como sustrato fomentar y/o fortalecer una cultura de respeto de los derechos de la niñez y adolescencia. En términos operativos, esto implica, al menos:

- Potenciar, en cada espacio de intervención, el conocimiento y ejercicio de los derechos de niños/as y adolescentes, tanto en ellos, como en sus familias, como con los actores locales, para que "se" y los reconozcan como sujetos de derechos.
- Conectar la situación vivida con los derechos implicados en ésta y con los recursos que pueden potenciarse para su superación.
- Entregar herramientas que los niños, niñas y adolescentes, conozcan sus derechos y la protección de ellos por parte del mundo adulto (familias, personas adultas protectoras y actores locales).



- Favorecer la percepción, tanto en los niños, niñas y adolescentes, sus familias, personas adultas protectoras y actores locales, de que las situaciones pueden cambiar y mejorar, entregando herramientas que les permitan empoderarse para retomar el control de sus vidas, manejando y resolviendo situaciones de vulnerabilidad.
- Vincular a los niños, niñas o adolescentes, en atención a la etapa del desarrollo en la cual se encuentre, con espacios que puedan aportar al ejercicio de su ciudadanía, como los Consejos Consultivos de Niños, Niñas y Adolescentes que dinamizan las Oficinas de Protección de Derechos-OPD u otros espacios de participación presentes en la comunidad.

La estrategia promocional tiene un doble efecto, por una parte, contribuye a generar un contexto protector para el niño, niña y/o adolescente y por otra, va propiciando el reconocimiento de sus derechos por parte del mundo adulto, que no sólo va repercutiendo en la situación particular de ese niño/a, sino que en las relaciones que las personas adultas establecen con el mundo infanto-adolescente y viceversa.

5.6 Enfoques y modelos específicos para la intervención en PIE

Modelo Transteórico del Cambio.

El Modelo Transteórico del Cambio se constituye en un paradigma válido para explicar el fenómeno de cambio en el ser humano. Surge primeramente en el campo del abuso de sustancias, específicamente en el área de tratamientos a personas con dependencias a drogas. Sin embargo, estudios que se han venido desarrollando desde hace varios años atrás, han mostrado su aporte, no solo al tratamiento del abuso del consumo de alcohol y drogas, sino que también, en el ámbito de la salud mental y de temáticas psicosociales que afectan a diversas poblaciones (Paréntesis, 2012).

Se puede señalar que el aporte (en términos de paradigma) es muy interesante, puesto que supone que las personas no cambian linealmente y siempre mejorando. El Modelo ofrece la posibilidad de concebir el cambio mediante un esquema espiral, en donde los seres humanos en su camino a una meta presentan altos y bajos, discontinuidades, retrocesos, de los cuales pueden volver a ponerse de pie con renovadas fuerzas. Esto se fortalecería con un adecuado soporte profesional.

Este Modelo está fundamentado en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio. Esto es lo que permitiría planear intervenciones y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional (Prochaska, 1996).

El Modelo Transteórico del Cambio se hace cargo concretamente de la respuesta a la pregunta ¿qué es lo que hace cambiar a una persona? Los psicólogos canadienses Prochaska y DiClemente (1982), intentan responder esta interrogante y realizan una serie de estudios para comprender cómo y por qué cambian las personas, llegando a la conclusión de que se presentaban ciertas constantes en los procesos de cambio que efectuaban los individuos, por sí mismos, o, en contextos terapéuticos; a estas constantes las denominaron etapas del cambio.

Dichas etapas son: Pre-Contemplación, Contemplación, Preparación, Acción

Mantenimiento, Recaída y Finalización. Dentro de este enfoque, la motivación se puede comprender como el estado presente de una persona o la etapa de preparación para el cambio. Es un estado interno influido por varios factores externos (Miller, W. 1999 y Paréntesis 2012). El aporte de este modelo es que **reconoce que el cambio es un proceso y que parte de éste, son los retrocesos**, los cuales no son significados como



fracasos sino como parte del proceso. Otro elemento positivo, es que la identificación de la etapa del cambio en el cual se encuentre una persona ayuda a utilizar las estrategias de intervención adecuadas para el proceso que está viviendo el individuo en ese momento.

La motivación para el cambio se refiere a las razones que tiene una persona para abandonar una conducta problema y a la fuerza que pone en el intento. Esta motivación queda reflejada en este modelo mediante los constructos del balance decisional y autoeficacia. El balance decisional, es el peso relativo entre los pros y contras de cambiar la conducta, que cada individuo asigna en su proceso de toma de conciencia. Mientras que la autoeficacia, son los juicios y creencias que posee una persona sobre sus capacidades para ejecutar con éxito una determinada tarea y por tanto, dirige el curso de su acción. Ayuda a enfrentar diferentes situaciones difíciles, por tanto, es positivo para afrontar las diversas situaciones problemáticas que se pueden presentar durante el proceso de cambio y es positivo para mantener la conducta deseada. El modelo predice que la *autoeficacia* aumentará a medida que los individuos se muevan a través de las etapas de cambio.

En este modelo, la motivación para el cambio es algo abordable y trabajable en el proceso de intervención por el interventor o terapeuta y no una condición previa para iniciar un tratamiento. “Desde esta perspectiva, para un terapeuta no es adecuado culpar al paciente de no estar motivado para el cambio, de igual manera que un dependiente no puede culpar a un cliente de que no esté motivado para comprar. La motivación es una parte central e inherente a las tareas de un profesional” (Miller, W. 1999, p.25).

Entrevista Motivacional.

La entrevista motivacional también surgió en el ámbito sanitario en programas de tratamiento para personas con consumo abusivo de alcohol y drogas. Su propósito es aumentar la motivación intrínseca de las personas para que el cambio surja desde ellas. Se trata de una forma concreta de ayuda para que las personas reconozcan y se encarguen de sus problemas presentes y potenciales. Es una manera de conversar que se puede utilizar con personas que se encuentren ambivalentes respecto de la posibilidad de cambios, ya que ayuda a resolverlas. “Para algunas personas, esto es todo lo que realmente necesitan. Una vez que se desbloquean, dejan la inmovilización de los conflictos motivacionales y recuperan las habilidades y recursos que necesitan con el fin de llevar a cabo un cambio duradero” (Miller, W. 1999, p. 51).

Según sus autores (Rollnick y Miller, 1996), la entrevista motivacional es un estilo de asistencia directa centrada en el cliente, a fin de provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a los clientes a explorar y resolver ambivalencias. Se define principalmente, no por su técnica, sino por su espíritu, que sigue un estilo que facilita la relación interpersonal.

El rol que asume el terapeuta o interventor no es autoritario, ni de experto que tiene que decirles a las personas lo que tienen que hacer en sus vidas. Por el contrario, la responsabilidad del cambio radica en las personas y tiene los siguientes principios para la intervención (Fundación Paréntesis, 2012): Expresar empatía mediante la escucha activa, desarrollar la discrepancia entre las metas o valores de la persona y su comportamiento actual y apoyar la Auto-eficacia, fortaleciendo así la idea de que el cambio es posible y la persona es la responsable de esta decisión.

Es importante evocar el concepto de espíritu de la entrevista motivacional (Rollnick y Miller, 1996) a través de siete principios, que son al mismo tiempo síntesis y fundamentos del modelo:



1. La motivación al cambio parte del usuario/a y no se impone sin él. El interventor concentra sus esfuerzos en identificar y sacar los valores y metas intrínsecas del usuario/a para estimular el cambio de comportamiento.
2. Es tarea del usuario/a, y no del interventor/a, articular su propia ambivalencia. El interventor/a facilita la expresión de la postura ambivalente y guía al/la cliente hacia una resolución que le conduzca al cambio.
3. La persuasión directa no es un método efectivo de resolver la ambivalencia. Es tentador intentar “ayudar” convenciendo al usuario/a de la urgencia del problema y de la necesidad del cambio, diciéndole lo que debe hacer. Según los autores, está claro que tales tácticas aumentan por lo general la resistencia y reducen la probabilidad de cambio (Miller, Benefield y Toningan, 1993)
4. El estilo del interventor/a suele ser tranquilo y evocador. La persuasión directa, el enfrentamiento agresivo y la discusión son los conceptos opuestos a la entrevista motivacional. Las estrategias más agresivas, guiadas a menudo por el deseo de “enfrentar a la negativa del usuario”, suele caer fácilmente en forzar a los usuarios a realizar cambios para los que aún no están preparados.
5. El interventor/a es la directriz que ayuda al usuario/a a examinar y resolver la ambivalencia. Las estrategias específicas de la entrevista motivacional se diseñan para provocar, aclarar y resolver la ambivalencia en una atmósfera de asistencia respetuosa y centrada en el usuario/a.
6. La disponibilidad al cambio no es un rasgo del usuario/a sino una fluctuación, producto de una interacción personal. Por tanto, el interventor/a está muy atento/a e interesado/a en los signos de motivación del usuario/a. La resistencia del cliente es a menudo una señal de que el asesor/a está asumiendo más disponibilidad de cambio que la que hay en realidad, e indica que el interventor/a necesita modificar las estrategias motivacionales.
7. La relación con el interventor/a se parece más a la de una asociación o compañerismo que a la de un experto/receptor.

El interventor/a psicosocial, en su relación con los usuarios/as, debe tener presentes características relacionales que son relevantes para incrementar la motivación al cambio. Por ejemplo, debe intentar en todo momento comprender el marco de referencia de los usuarios/as, especialmente mediante una escucha reflexiva y libre de prejuicios. Así también acepta intrínsecamente al otro y se asegura que la resistencia no viene generada por adelantarse al usuario/a.

En síntesis, de acuerdo a lo señalado, la entrevista motivacional es una herramienta útil para trabajar con personas que no están del todo convencidas o nada convencidas de llevar a cabo procesos de cambio.

También, puede aportar a la intervención con las familias o usuarios/as denominados como “No adherentes”, porque presentan resistencias a recibir ayuda. Lo interesante o novedoso en relación a otras miradas, es que el modelo transteórico del cambio y la entrevista motivacional incorporan la motivación a dicho cambio como parte del proceso de intervención, y no como un requisito previo.



Además, le otorga un rol activo a los equipos psicosociales en la motivación al cambio, pero el cambio propiamente tal es responsabilidad de las personas.

Enfoque Socioeducativo.

Esta perspectiva proviene de la Educación Social, interviene con personas, grupos o comunidades en situación de dificultad o de desventaja social, con el propósito de favorecer su bienestar, desarrollo y pertenencia o integración social, considerando sus propios recursos (Jiménez y Zamora 2000, La intervención Educativa en Educación social, Asociación Internacional de Educadores Sociales 2005). Las intervenciones socioeducativas requieren de un diseño, previamente establecido, considerando las necesidades reales de las personas o colectivos y las características del contexto en el cual se desarrollan, en definitiva, desarrollar un proceso planificado orientado a objetivos. (La intervención Socio Educativa en Educación Social, Asociación Internacional de Educadores Sociales 2005).

Desarrollar procesos socioeducativos implica promover la participación y protagonismo de los individuos como sujetos activos de transformación de sus realidades. Para ello, se favorece su empoderamiento y su capacidad “para organizarse, movilizarse, interactuar, sensibilizarse, establecer compromisos, buscar su propia sabiduría emanada de sus historias de vida y su propia cultura” (Méndez, s.f, p.6).

La intervención socioeducativa contempla distintos modelos y visiones. La corriente social-crítica busca conseguir logros con significación personal y social (Conocer-Hacer personal y socialmente), propone la mejora social a través de un mayor compromiso de las personas con su entorno (micro-cambios) y en la sociedad (cambio estructural) (Consejo Educativo Castilla y León, 1995). En esta perspectiva se inscribe Paulo Freire, educador y filósofo brasileño, precursor de la Educación Popular o liberadora, que se caracteriza por promover procesos de reflexión, crítica y diálogo, propone vencer la diada educador educando, en la cual el primero detenta el poder del conocimiento, propone rescatar el conocimiento popular y colectivo de las personas que participan de los procesos educativos.

Por su parte La Asociación Internacional de Educadores Sociales (2005) propone que estos profesionales detenten las siguientes competencias:

- **Competencias Relacionales y Personales:** Debido a que es clave para desarrollar procesos de intervención el vínculo que establecen los interventores con las personas, es necesario que estos profesionales tengan un compromiso y una trayectoria personal coherente con los valores que promueve. Asimismo, los interventores, tienen que “centrarse en las necesidades del niño, el adolescente y el adulto, respetar una ética profesional y moral, y ser capaz de separar las relaciones profesionales de las relaciones privadas” (p18).
- **Competencias sociales y comunicativas:** Se espera que los interventores sociales sean capaces de integrarse y de aportar en equipos interdisciplinarios, como también desarrollar habilidades comunicativas para enfrentar y resolver conflictos tanto con pares como con los usuarios.

En el campo de intervención relacionado con niñez y adolescencia, el profesional asume un rol de guía con los padres o adultos a cargo. Es así, que se propone que el interventor o interventora asuma “un rol especial como *counsellor* (asesorador) y reconocer la relación de poder de este rol, lo que requiere competencias comunicativas y el conocimiento y dominio de técnicas de *counseling* (técnicas para aconsejar)” (p.19).



- **Competencias organizativas:** La intervención socioeducativa requiere un proceso de planificación para conseguir los objetivos trazados, como también determinar las actividades que se requieren y evaluar dicho proceso.
- **Competencias del sistema:** Hace referencia a las habilidades que debe poseer el interventor social, para desarrollarse en los contextos institucionales que establecen un marco que se debe reconocer para llevar a cabo el trabajo socio educativo de forma adecuada.
- **Competencias de aprendizaje y desarrollo:** El interventor o interventora social debe estar preparado para intervenir en una realidad cambiante y que va presentando de manera constante nuevos desafíos de intervención. Así es que, se requiere que de manera permanente vaya adquiriendo nuevos conocimientos que retroalimenten sus prácticas.
- **Competencias generadas por el ejercicio de la profesión:** Relacionadas con los conocimientos teóricos y metodológicos de la Educación Social, así como también, las competencias conductuales referidas a la ética, competencias culturales para comprender los valores culturales de las personas con las cuales interviene y además, para transmitirles los valores establecidos en la sociedad. Sumado a las competencias creativas referidas a distintas estrategias artísticas o de otra índole, que pueden ayudar al educador a desarrollar su trabajo, como también a promoverlas en los usuarios.

Como se puede observar, desde esta perspectiva quienes intervienen deben poseer tanto competencias personales, como teóricas y metodológicas que les permitan desarrollar un proceso de acompañamiento planificado y participativo con los participantes del proyecto, particularmente –en el ámbito del Servicio– con los niños, niñas, adolescentes y sus familias, en pos de su bienestar y contribuyendo a su integración social y ciudadanía plena.

En el ámbito de la ciudadanía, la **Pedagogía Social Comunitaria** realiza un importante aporte, puesto que “pretende la mejora de la calidad de vida y el bienestar subjetivo de las personas, a la vez que el fomento de la cohesión social por parte de todos los agentes de la comunidad busca el empoderamiento de las personas y su participación. La corresponsabilidad en todo el proceso educativo resulta clave para posibilitar mayores cuotas de reinserción social, desarrollando acciones de sensibilización y prevención en la comunidad” (Morata, 2014, p.15).

Considerar los postulados de la Pedagogía Social Comunitaria en los Programas de Intervención Integral Especializados puede constituirse en un aporte a su quehacer puesto que incorpora las siguientes metodologías de intervención, a saber: acompañamiento psicosocial y educativo, la animación sociocultural y el trabajo comunitario, entregando herramientas que pueden ser utilizadas por cada integrante del equipo en sus intervenciones.

Morata 2009 (en Morata 2014), plantea que el **acompañamiento psicosocial y educativo**, considera a las personas como sujetos activos, autónomos, con capacidad de reconducir sus procesos de construcción de identidad, que están insertas en procesos vitales de cambio y que requiere apoyo para *reconstruir su itinerario personal*. En definitiva, “permite ofrecer recursos a las personas, restablecer valores morales aceptados y generar procesos de concienciación y sensibilización por parte de la comunidad” (p.23).

Por su parte, la **animación sociocultural** entendida como “el conjunto de acciones realizadas por individuos, grupos o instituciones sobre una comunidad (o un sector de la misma) y en el marco de territorio concreto, con el propósito principal de promover en sus miembros una actitud de participación activa en el proceso de su propio desarrollo tanto social como cultural” (Trilla 1997 en Morata 2014, p.24).



La animación sociocultural se lleva a cabo a través de métodos, técnicas y actividades. Un ejemplo, de programas inspirados en la animación sociocultural son talleres de reinserción social creados para población juvenil o adulta que se implementan en centros de cumplimiento de sanciones que abordan temas de autoestima, gestión pacífica de conflictos, ayuda mutua, manejo del ocio, entre otros.

Por último, Morata (2014) propone el **trabajo comunitario**, puesto que cualquier proyecto que se inserte en la comunidad, no puede dejar de considerar sus recursos y vínculos con otras organizaciones o instituciones que desarrollan su quehacer en el mismo contexto territorial. Para el caso de los PIE 24 horas, es importante aportar a la sensibilización del enfoque de derechos de la niñez y adolescencia en los espacios comunitarios en los cuales se inserta el programa, con la finalidad de co- responsabilizar a los distintos actores en tanto co-garantes de derechos.

Enfoque Psicosocial

El enfoque psicosocial se inscribe dentro del paradigma de derechos humanos. Para Medina y otras (2007), lo *psico* hace referencia a la dimensión subjetiva de la persona, y lo *social* a la persona dentro de un mundo en el cual se relaciona y que le da sentido de pertenencia e identidad. Por lo tanto, vincula lo individual, con lo colectivo, considerando los recursos de ambos ámbitos.

Abordar el sujeto en su contexto desde una perspectiva ecológica requiere considerar al individuo en relación con otros sistemas, es decir el micro, el meso y el macrosistema (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2005 en Medins y otros 2007).

La intervención psicosocial se desarrolla en distintos ámbitos y temáticas: salud, educación, adulto mayor, violencia intrafamiliar, en programas de prevención y atención dirigida a población infanto-juvenil, entre otros. También, este enfoque ha sido ampliamente utilizado para trabajar con personas que han sido vulnerados en sus derechos producto de distintas circunstancias (maltrato, conflictos armados, catástrofes migratorias, entre otros).

El abordaje de problemáticas psicosociales requiere la consecución de ciertas etapas, como acercamiento, diagnóstico, elaboración de un plan de intervención, evaluación y seguimiento. “Los ejes que transversalizan la intervención son vínculo, desarrollo socioemocional, abordaje del problema psicosocial, familia, entorno comunitario y redes, integración social y reparación” (Conace 2005 en Medina y otros, 2007 p 183).

Alvis 2009, plantea que la intervención psicosocial, se caracteriza por lo siguiente:

- No es asistencial, puesto que busca promover procesos de intervención social- comunitarios
- Es una acción mediadora entre los usuarios y la estructura institucional desde la que se interviene.
- Promueve la participación activa y constructiva de parte de los usuarios/as.
- Es contextualizada, es decir se valoran los elementos presentes en la interacción.
- Está enmarcada en el ámbito de los derechos humanos y sociales de los ciudadanos.
- Busca la participación, el empoderamiento y la toma de decisiones de los usuarios/as.
- Se despliega desde una perspectiva de desarrollo de capacidades y potencialidades de los seres humanos, en la cual el cambio es posible.

La Unidad para la Atención y Reparación Integral a Víctimas de Colombia (2014), con el apoyo de Organismos Internacionales desarrolló una serie de definiciones y recomendaciones para incorporar el enfoque psicosocial para víctimas del conflicto armado, en Colombia, nos obstante parecen muy



pertinentes de ser consideradas en la intervención con personas cuyos derechos han sido vulnerados. Es así como se recomienda considerar tres premisas, estas son:

1. Considerar las expresiones del sufrimiento como respuestas normales ante eventos anormales. No obstante, se requiere desnaturalizar estos eventos y, por consiguiente, las vulneraciones de derechos.
2. Considerar a las personas y sus entornos con cualidades, fortalezas y recursos.
3. Considerar que todas las personas pueden hacer algo frente al sufrimiento de los otros. Para el caso de los Programas de Intervención Integral especializadas, los equipos interventores son un recurso para mejorar la situación de los niños y niñas, pero también es importante incorporar a otros co-garantes de derechos del entorno socio-comunitario que puedan aportar a la restitución de derechos.

A continuación, se propone una serie de principios y acciones para que el enfoque psicosocial desarrolle una intervención reparadora, adaptados de los planteamientos desarrollados por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a Víctimas de Colombia (2014):

- **Dignificación y reconocimiento:** Se orienta al cuidado emocional de las víctimas como personas valiosas, importantes y únicas con igualdad de derechos. Para ello, las intervenciones se deben desarrollar en un clima de buen trato, confianza y calidez. Se debe desarrollar una escucha activa, empática, con una actitud de validación emocional y capacidad de reconocer los factores de vulnerabilidad.
- **Empoderamiento:** Se busca fortalecer las capacidades, la autoconfianza, la responsabilidad y autonomía de las personas para tomar decisiones e impulsar cambios positivos en sus vidas.
- **Acción sin daño:** Apunta a los resguardos y la ética que deben tener los equipos interventores. Apunta a evitar la re-victimización, favorecer la entrega oportuna de información, como también considerar la opinión de las personas durante el proceso de intervención. Promover una participación real en el acceso a derechos como sujetos activos de los mismos.

Sistema tutorial: “Dame un Punto de apoyo y moveré mi mundo” (Puig y Rubio 2010).

Como se ha desarrollado en acápites anteriores los niños, niñas y adolescentes que participan de los PIE han sufrido, en su mayoría, negligencia y otras expresiones del maltrato crónico, provocando, entre otros efectos, daño vincular severo, dificultad para establecer un proyecto personal y desconfianza en el mundo adulto. Es así, que en este programa, el tutor es un adulto que desde su rol profesional (o técnico), se constituye en una figura de apego y protección para el niño, la niña o el adolescente; que establece un vínculo positivo, genera una experiencia emocional saludable y de buen trato, que contribuye a una visualización positiva de sí mismo, aportando a reencuadrar las experiencias vividas en una narrativa positiva, que contribuye a la elaboración de un proyecto personal, que sin negar la adversidad, sino más bien integrándola, le permite una calidad de vida en que la esperanza esté presente (Cirulnik, 2001, Milicic, 2011, Puig y Rubio, 2011).

Es importante destacar que el tutor de resiliencia “administra seguridad y confianza, a la par que autonomía e independencia” (Puig y Rubio, 2011, p.121). Puesto que desde el rol de interventor en un programa psicosocial su relación con el niño, la niña o el adolescente será temporal, no obstante, permite reconstituir su confianza básica y reparar en parte, al menos, su daño vincular, así “la impronta del tutor perdurará, convirtiéndose en el material para la creación de nuevos vínculos de apoyo” (Cirulnik en Rubio 2015, p. 1).



La propuesta es que PIE se constituya en un espacio que otorga una oportunidad de desarrollo de la resiliencia para los niños/as o adolescentes y sus familias, para ello moviliza y articula recursos de sus usuarios/as, como también, del programa y del entorno socio comunitario.

Sin perjuicio de lo anterior, como ha sucedido en las prácticas de los proyectos PIE los niños/as o adolescentes generalmente significan en “su” tutor/a el adulto que es “su” referente en la intervención. No obstante, su quehacer tiene que ser co-diseñado y co- implementado con los demás profesionales que intervienen con el niño/a o adolescente y su familia.

Es importante que el tutor/a se instale en la relación con el niño/a o adolescente como una figura adulta y no como un par, pues justamente lo que se requiere resignificar es el daño vincular, el establecimiento de relaciones de buen trato y confianza básica en el mundo adulto. Y desde ese lugar es que se instala la intervención. Por lo tanto, el establecimiento de un vínculo positivo, con los sujetos participantes del programa, son un medio, y no un fin, pues es una herramienta o una estrategia para generar adherencia al programa y conseguir los objetivos trazados en el Plan de Intervención.

Considerando que los sujetos participantes de los PIE se encuentran, en su mayoría, en la etapa de la adolescencia, el educador/a, acompaña y desarrolla su intervención en los contextos naturales en los cuales desarrollan sus vidas los adolescentes, reconoce los elementos culturales del sujeto, de la familia y de la comunidad en la cual se encuentra inserto y desde ese conocimiento, problematiza aquellos aspectos que pudieran ser vulneradores o prácticas transgresoras y fortalece/moviliza recursos protectores.

Focos de intervención

En la comprensión de la complejidad del sujeto de atención de la modalidad PIE, resulta relevante establecer focos para la intervención que permitan realizar una intervención que tenga un hilo conductor, y que no se pierda en la atención de contingencias. Es así que dadas las características de las problemáticas de los niños, niñas y adolescentes se proponen los siguientes focos que se constituyan en los ejes de trabajo.

Resignificación de vulneraciones de derechos

En distintos apartados del documento se ha hecho mención a que uno de los propósitos de la modalidad PIE es la resignificación de vulneraciones de derechos que han vivido los niños, niñas y adolescentes. Es así que se hace necesario conceptualizar esta denominación.

El concepto de resignificación ha sido ampliamente utilizado para abordar diversas situaciones traumáticas, tanto en población infanto-adolescente, como adulta. Es así que ha sido empleada en el fenómeno de los desplazados en Colombia, desastres naturales, abuso sexual, entre otras experiencias traumáticas.

Vergara en Capella 2014, plantea que la resignificación requiere un cambio en relación al significado, “es decir que el sujeto pueda revocar una experiencia, tanto en términos emocionales como cognitivos, de manera tal, de incorporar nuevos contenidos que contribuyen a una comprensión del acontecimiento que propicie el logro de la coherencia interna” (p.97).

Capella (2014) ha desarrollado investigaciones en abuso sexual, no obstante, sus planteamientos pueden ser útiles a otras situaciones abusivas o traumáticas. Es así que la autora señala que la resignificación “*implica un cambio en torno al significado que el sujeto le da a la experiencia vivida, incorporando nuevos contenidos que contribuyan a una comprensión del acontecimiento que sea más adaptativa y favorezca la coherencia interna, en la medida que no se constituya en el núcleo central de la vivencia del sí mismo, pero sí sea integrada dentro de la experiencia vital*” (p.97). Así, la terapia psicológica para Capella, favorece que el niño o niña pueda continuar con el logro de las tareas evolutivas del desarrollo de su propia etapa,



conformando una identidad positiva e integrada. Esta mirada reconoce los recursos del sujeto para resignificar y superar la experiencia abusiva, pero destaca la necesidad de movilizar los recursos del medio y las redes formales e informales que acompañen y apoyen el proceso de intervención.

Jiménez y Rodríguez (2012) desarrollan una experiencia con niños y niñas desplazados forzosamente de sus territorios producto del conflicto armado en Colombia. Las autoras, desarrollan una Investigación Acción Participativa (IAP), la cual a través de dinámicas participativas favorecen la resignificación de sus experiencias traumáticas y puedan desarrollar un proyecto de vida. Para ello, detectaron que hay 3 elementos claves: resignificación de la pérdida, elaboración del duelo y fortalecimiento de la resiliencia.

En el marco de la modalidad PIE, se propone que los niños, niñas y adolescentes puedan resignificar las experiencias abusivas que han sufrido. Para lo cual se requiere, en primer lugar, que la intervención se desarrolle en un contexto protector, se interrumpan las vulneraciones y se restituya su ejercicio pleno. Tengan la posibilidad de reelaborar las experiencias vividas, integrarlas a su historia vital, construyendo un nuevo relato y pudiendo desarrollar un proyecto de vida basado en su bienestar. Si bien los psicólogos son claves para desarrollar intervenciones terapéuticas con los niños, niñas y adolescentes. Se requiere integrar a otros profesionales y técnicos del programa que pudieran contribuir a movilizar recursos en el nivel familiar y socio- comunitario.

Abordaje de conductas transgresoras

Como ya se ha señalado anteriormente, el objetivo general del Programa 24 Horas incluye no sólo el trabajo en el ámbito de la vulneración de derechos, sino que también tiene como norte la interrupción de conductas transgresoras que pudieran estar presentando niños, niñas y adolescentes. Esto porque se trata de un Programa que por una parte brinda atención preferente a niños, niñas y adolescentes que presentan ingresos a las Comisarías y por otra, forma parte de la oferta que el Estado debe entregar para prevenir que niños, niñas y adolescentes ingresen a programas de Justicia Juvenil, que reciban sanciones en este ámbito, ofreciendo alternativas de intervención para esta problemática que apunten al abordaje desde una perspectiva socioeducativa, que les permita construir su identidad como sujetos de derechos, lo que necesariamente implica respetar los derechos de los otros.

Para que esto último sea posible, es necesario desarrollar estrategias que permitan que los niños, niñas y adolescentes con quienes se trabaja en la modalidad puedan contar con las condiciones que necesitan para desarrollarse plenamente, entendiendo que –en general- la transgresión de normas está asociada a una serie de otros hechos en sus vidas, que constituyen vulneraciones de derechos, y que les dificultan el desarrollo de un proyecto de vida sin estar exponiendo riesgosamente su integridad. Algunas de las problemáticas que en general se observan asociadas a la transgresión son: fragilidad educativa, desescolarización, interacciones conflictivas a nivel familiar, socialización callejera, consumo de drogas, socialización con adultos vinculados al ámbito delictivo, etc.

Dado todo lo que puede implicar para un niño, niña o adolescente, tanto en el presente como en el futuro, el involucrarse en conductas transgresoras es que se considera fundamental que esta modalidad pueda enfocarse en el abordaje de estas conductas, proponiendo para ello hacerlo desde el enfoque de prevención de las violencias de la CDN, lo que implica fortalecer los recursos personales, familiares y socio-comunitarios que permitan a los niños, niñas y adolescentes desarrollar proyectos de vida acordes al enfoque de derechos.

En ese sentido, resulta un aporte considerar elementos de modelos que, si bien han sido desarrollados para el trabajo con población infractora de ley, entregan luces que muestran los focos sobre los que resulta relevante intervenir para promover que las personas abandonen este tipo de conductas. Es así



por ejemplo que, desde el marco en que se encuentra diseñada esta línea programática, resultan acordes los planteamientos del modelo *Good Lives* (Vidas positivas), que desde un enfoque de derechos humanos aborda la reinserción de personas que cometen distintos tipos de delitos, planteando como su propuesta base el que si bien quienes infringen la ley tienen la obligación de respetar los derechos de otros, también ellos tienen derecho a las mismas consideraciones. Este modelo se centra en que las personas abandonen las conductas transgresoras mediante la construcción de un proyecto de vida positivo, que les permita desarrollarse plenamente, siendo reconocido y ejerciendo sus derechos humanos (Good Lives Model, s.f).

Para intervenir desde esta perspectiva, quienes lo hacen deben centrarse en las necesidades de las personas, y apoyar a quien está transgrediendo las normas para satisfacer sus necesidades de una manera que sea más sana para sí mismo. En ese sentido la intervención debe enfocarse en conocer el proyecto de vida actual y futuro, para el caso de PIE, de los niños, niñas y adolescentes; identificar las conductas transgresoras que se están cometiendo, áreas prioritarias de intervención, apoyar a los sujetos de intervención para encontrar metas nuevas y motivadoras, así como evidenciar continuamente los cambios y logros (Good lives Model, s.f).

Tomando estos elementos, podemos decir entonces que resulta fundamental para que los niños, niñas y adolescentes puedan alejarse de las conductas transgresoras el desarrollo de un proyecto de vida integral, en el que puedan encontrar metas y motivaciones que cubran las necesidades que actualmente estarían intentando cubrir mediante la transgresión (económicas, autoestima, socialización, etc). Para esto resultan fundamentales los espacios más tradicionales de desarrollo, siendo la familia y la escuela los entornos clave para sus proyecciones (Morales, Welsch, Cárcamo, Aguilar y Sosa, 2015).

Desde la intervención que realiza PIE resultaría relevante entonces que se aborde el desarrollo de un proyecto de vida que permita al niño, niña o adolescente encontrar su realización en actividades que sean más sanas para sí mismos y para su entorno, lo que implica necesariamente problematizar los riesgos asociados a sus conductas actuales y promover el desarrollo de conductas de autoprotección al respecto, extendiendo esto a la familia para que esta se constituya en un espacio en que a la vez que se problematizan estas conductas, se ejerza efectivamente el rol normativo y de protección que a los adultos les corresponde para contribuir a un desarrollo pleno de sus niños, niñas o adolescentes. Para esto puede resultar de gran apoyo en términos metodológicos la Entrevista Motivacional.

Intervención familiar con adolescentes

En un estudio de SENAME y Universidad Alberto Hurtado (2016) sobre el Programa 24 Horas, se observa que el 75% de la población atendida por los programas especializados se encuentra sobre los 16 años, lo que da cuenta de la necesidad de poner especial énfasis en estas edades, centrándose en cómo fortalecer las intervenciones con adolescentes ya que representan un desafío en cuanto a sus intereses, motivación por participar de este tipo de intervenciones, la vinculación que establecen con el mundo adulto y que los adultos establecen con ellos, entre otros elementos que ponen a prueba a las estrategias tradicionales de intervención.

Según lo señalado en Mesas Técnicas realizadas durante el año 2016, para los/as profesionales representa un desafío adicional el trabajo con familias de adolescentes, ya que se tiende a asociar a los adolescentes con conductas cuestionadas por el mundo adulto, como desafíos a la autoridad y transgresión de normas en distintos espacios (casa, escuela, barrio, etc). Desarrollando una visión sobre ellos que se focaliza en aspectos negativos, lo que sumado a los conflictos propios de la historia familiar, va provocando o acentuando un distanciamiento de la función parental por parte de sus adultos responsables, tendiendo a mostrar indiferencia hacia las conductas de los/as adolescentes, otorgándoles altos niveles de autonomía



y responsabilidad sobre sus acciones, lo que a su vez dificulta que se involucren activamente en la intervención de PIE, por la frustración que experimentan, estrés y la baja visualización de cambio, produciéndose paulatinamente una suerte de renuncia a la función parental en todos sus ámbitos (afectivo, normativo, educativo, etc).

Esta visión negativa respecto a la adolescencia no es sólo algo propio de las familias que son sujeto de atención del Programa sino un fenómeno social generalizado, en que se tiende a asociar a adolescente a conductas de riesgo, así como a relaciones familiares conflictivas (Rodrigo et al. , s.f). Esta misma visión podría dificultar las intervenciones que se realizan con adolescentes, en tanto, genera por una parte mayores resistencias en los distintos sistemas de los que participan los adolescentes. Es por esto que Rodrigo et al. (s.f) proponen un modelo de intervención en que se **traslade el foco de lo negativo a lo positivo**, basado “en la idea de que hay que aprender a disfrutar con nuestros hijos e hijas adolescentes. La adolescencia es una **etapa más que hay que vivir en familia**. Todas las personas, y los adolescentes no son una excepción, tienen su potencial de desarrollo positivo y saludable” (p. 10).

Es necesario entonces redoblar los esfuerzos para generar estrategias de intervención que motiven la participación tanto, de los adolescentes como de sus familias en el programa, para generar un acercamiento entre ellos, favoreciendo su desarrollo. Este acercamiento requiere de intervención –por lo menos- en ambos sistemas: adolescente y familia, pues tomando elementos que entregan los enfoques sistémicos y la definición de parentalidad positiva, la invitación es a relevar “*el carácter bidireccional que caracteriza las relaciones entre padres e hijos, ya que si bien es cierto que las conductas parentales influyen sobre el desarrollo adolescente, no lo es menos que los comportamientos y actitudes del adolescente tienen su impacto en el estilo parental*” (Oliva, Parra y Arranz, 2008, p. 96). Esto bajo ninguna circunstancia debe confundirse con responsabilizar a los adolescentes por las conductas de su entorno, sino que se trata de reconocer el rol activo que tienen dentro del sistema familiar, en oposición a un rol más pasivo que se les ha atribuido en marcos más tradicionales. Los cambios de los adolescentes pueden impactar en el sistema familiar, por lo que podrían transformarse en un ancla para promover y desarrollar cambios en el ejercicio de la parentalidad de sus adultos responsables; los cambios en el sistema familiar, en la manera que tienen estos adultos responsables de ejercer la parentalidad, pueden a su vez impactar al adolescente.

La intervención que se realice debiese estar orientada a reducir la distancia que pueda existir entre adolescentes y su familia, considerando primeramente a quienes ejercen el rol de adultos responsables, pero incorporando también a todos aquellos con quienes se pueda generar o fortalecer un vínculo que pueda representar un factor protector para su desarrollo. El rol que en este sentido puede tener el programa, tiene que ver con constituirse en una fuente de apoyo para la familia en el tiempo que dure la intervención, activando las redes de apoyo que les permitan mejorar las condiciones psicosociales en las que desarrollan su parentalidad, pero sobre todo **fortaleciendo el vínculo afectivo entre la familia y el adolescente**, lo que necesariamente implica realizar un trabajo educativo con la familia respecto al momento evolutivo en que se encuentra dicho adolescente y sus características personales, de manera tal que la familia pueda contar con mayores herramientas sobre cómo vincularse con él/ella, teniendo expectativas realistas respecto a sus conductas, e incorporando estrategias adecuadas a las necesidades particulares de ese adolescente. Como señalara Rodrigo y otros: “Apoyar y reforzar las actuaciones parentales puede contribuir a la reducción de muchos de los problemas de ajuste interno y externo característicos de los adolescentes en riesgo y les facilita una transición más saludable y favorable al mundo adulto” (Rodrigo et al. s.f, p. 7). La intervención en general se verá favorecida, si el posicionamiento que asumen quienes intervienen se desarrolla desde un lugar de apoyo, empatía y aceptación en lugar de juicio hacia la familia, entendiendo que se requiere atraer a la familia al proceso de intervención, en lugar de alejarla generando resistencias, y que finalmente se trata de personas que probablemente han atravesado historias de dolor, dificultades y vulnerabilidad constantes, contando con escasas oportunidades para su desarrollo.



En cuanto a la intervención directa con adolescentes se requiere generar espacios que sean atractivos para ellos, lo que en la experiencia de los propios programas y de profesionales expertos tienen que ver con actividades de tipo grupal, generalmente vinculadas al arte y deporte, donde ellos/as tengan amplio protagonismo en cuanto a las decisiones de temáticas y acciones a desarrollar. Es relevante reconocer el potencial de estos espacios para trabajar temáticas de manera subyacente, como el desarrollo de habilidades sociales, protagonismo adolescente, adherencia a la intervención, encuentro con la familia, etc. Esto además va a favorecer el desarrollo de un vínculo de confianza que se requiere para realizar intervenciones en el ámbito individual.

Los adolescentes que participan del proyecto, se encuentran en un punto clave de su vida en que están llegando a la adultez por lo que trabajar ciertas temáticas específicas, como lo es la *vida independiente*, es fundamental para favorecer su desarrollo positivo en un futuro que es inmediato. En este punto es necesario reconocer que cada adolescente tiene un nivel particular de distancia con su familia, que en algunos casos es más estrecha y en otros más amplia, llegando incluso a encontrarnos con situaciones de adolescentes que siendo menores de edad ya se encuentran viviendo de manera autónoma, por lo que en cada caso se requerirá abordar esta temática desde una profundidad e intensidad distintas. Cuando se cuenta con adultos responsables es necesario incorporarlos en el trabajo de esta temática, ya que son ellos los principales encargados de promover un camino adecuado de los adolescentes hacia la autonomía, en cambio cuando existen adolescentes que se encuentran distanciados de sus adultos responsables, el foco estará en fortalecer sus recursos personales y encontrar apoyos en el entorno que puedan apoyar este proceso.

Reconociendo la dificultad que representan las situaciones en que los niños, niñas o adolescentes se encuentren desprovistos del apoyo de un adulto responsable, distanciados de sus familias, la apuesta sigue siendo el fortalecimiento de este entorno adulto protector en tanto "(...) los estudios indican una y otra vez que la familia sigue siendo el contexto más importante que cuenta con una llave maestra con la que regular la influencia de los demás contextos, potenciando o moderando su influencia." (Rodrigo et al. s.f, p.8).

Finalmente se recomienda contar con espacios diferenciados de intervención con los adolescentes y sus familias, pero también con espacios en que se puedan encontrar, compartir las experiencias que han vivido en este proceso, y propiciar así el fortalecimiento del vínculo entre ellos. Todo esto respetando por supuesto los propios ritmos de los participantes, sin forzar situaciones que puedan terminar siendo contraproducentes o que atenten contra el bien superior del niño, niña y adolescente.

5.7 Orientaciones generales sobre las fases a considerar en la intervención. Fases de la intervención

El foco de atención de los programas del Servicio son los niños, niñas y adolescentes, no obstante, desde un enfoque ecológico se comprende que, para generar cualquier cambio en los sujetos, se requiere intervenir en los sistemas en los cuales se encuentran insertos, es decir, al menos en su entorno familiar y socio-comunitario. De este modo, la intervención con los niños, niñas y adolescentes se ubicará en el nivel personal, con los adultos responsables en el nivel familiar y con los diversos actores o co-garantes del entorno, en el nivel socio-comunitario.

La intervención con todos los niños, niñas y adolescentes que ingresan al programa de intervención especializada, en todos los niveles de intervención, debe considerar las características individuales de cada participante, sus historias, necesidades, para que las intervenciones sean pertinentes a su situación



y contexto. Así, para que la intervención sea exitosa, cada participante requiere de un **Plan de Intervención Individual (PII)**, en los casos en que excepcionalmente PIE sea el único proyecto que se encuentre interviniendo¹⁸ y **Plan de Intervención Unificado (PIU)** cuando se encuentre interviniendo en conjunto con otros proyectos y deberá ser elaborado de manera coordinada entre quienes intervienen.

Si bien en la atención de los niños, niñas y adolescentes se considerará la intervención en los tres niveles, es importante que se considere tanto el diagnóstico, como la causal de ingreso al proyecto, para determinar la intensidad, enfoques y estrategias metodológicas a utilizar en cada caso. Por lo tanto, lo que se espera es que el proyecto diseñe una intervención personalizada (un “traje a la medida”) para cada niño/a o adolescente y no una intervención estándar, con objetivos similares para todos los sujetos, sin considerar sus características.

Se puede señalar, con fines ilustrativos, que un niño/a o adolescente que ha vivido una historia crónica de vulneraciones de derechos, que cuenta con una familia con dificultad en el ejercicio de su rol parental, pero que cuenta con recursos económicos suficientes para la familia y participa en redes comunitarias, requerirá una intensa intervención en el ámbito personal y familiar, con menor intensidad en la atención en el nivel socio –comunitario.

Otro elemento importante de considerar es si el niño/a o adolescente se encuentra participando en algún proyecto complementario. Entonces se deben considerar dentro de los recursos de intervención a los profesionales y/o técnicos de los otros proyectos, evitando la duplicidad de intervenciones y determinando ámbitos claros de responsabilidad de cada interventor.

Personal: Con el niño, niña o adolescente.

Este nivel apunta, principalmente, a que los niños, niñas y adolescentes fortalezcan sus recursos protectores/resilientes, amplíen su repertorio emocional y conductual, resignifiquen su historia vital de vulneración de derechos, detengan prácticas transgresoras si las hubiera, a través de espacios de intervención individual y grupal. En definitiva, apunta al ejercicio pleno y responsable de sus derechos.

Un interesante aporte planteado en las Mesas Técnicas de la modalidad es que, si bien los usuarios/as del programa tienen en común el encontrarse afectados por vulneraciones de derechos, las situaciones asociadas son diversas. Los equipos identifican que el perfil se ha ido complejizando, presentando una heterogeneidad de características y diversidad de derechos vulnerados que es necesario considerar al momento de diseñar la intervención. Dentro de las particularidades planteadas por los equipos hace referencia a que se encuentran en una situación de vida independiente o con responsabilidad parental, lo cual plantea nuevos desafíos para el trabajo familiar.

En consideración a lo planteado, como ya se ha señalado en reiteradas oportunidades, la consideración de enfoques y estrategias metodológicas dependerá del diagnóstico, motivo de ingreso al programa, perfil del participante, si asiste a dispositivos complementarios, entre otras consideraciones. Desde esta perspectiva un adolescente podría encontrarse en intervenciones psicológicas, sociales y no de tutor/a, porque no lo requiere, o porque esta necesidad está cubierta por un programa complementario. O bien, otra combinación de intervenciones que sea pertinente al sujeto de atención. A esto nos referimos cuando se señala que se confecciona “un traje a la medida” para cada usuario/a.

¹⁸ Esta situación se puede dar solamente cuando PIE no considere necesaria la derivación a los programas PDC y/o PDE en la fase de ingreso y/o profundización diagnóstica del caso.



La intervención tutorial, que se desarrolla en los espacios naturales de los adolescentes puede ser un gran aporte para problematizar prácticas transgresoras, ampliar posibilidades de actuación en sus contextos socio-comunitarios, favorecer o fortalecer recursos resilientes, entre otros aspectos. Asimismo, puede apoyar a los adolescentes que se encuentran en una situación de vida independiente para que construyan un proyecto enmarcado en una cultura de derechos humanos.

También es importante que los niños/as y adolescentes encuentren en el programa un espacio de protección y resignificación de sus historias de vulneración de derechos. Para lo cual pueden aportar los/as psicólogos/as y trabajadores sociales del equipo. En esta tarea puede aportar elementos el enfoque psicosocial, que ha sido ampliamente utilizado con personas cuyos derechos han sido vulnerados y en el abordaje de problemáticas psicosociales.

Se espera además que los/as psicólogos/as desarrollen procesos psicoterapéuticos con los niños/as o adolescentes, que le ayuden a resignificar las vulneraciones de derechos que les han afectado (que no sean constitutivas de delito). En los casos en que se presenten patologías de salud mental que escapen a las competencias de los profesionales de PIE, tendrán que ser derivados de manera asistida a la red de salud mental de la comuna, especialmente aquellos equipos (MINSAL) que forman parte del circuito 24 Horas, o bien otros equipos que estén insertos en el territorio en donde se encuentra instalado el proyecto. Dependiendo de la situación tendrá que ser egresado del programa, o bien concordar intervenciones complementarias (elaboración de Plan de Intervención Unificado-PIU) si es parte del circuito 24 Horas. Asimismo, se tendrá que llevar a cabo un proceso de derivación asistida en los casos que los niños o niñas son víctimas de explotación sexual o de maltrato constitutivo de delito, se encuentren en situación de calle o presenten conductas abusivas de carácter sexual, la gestión del cupo deberá efectuarse de acuerdo a la normativa del Servicio.

Las estrategias de intervención podrán considerar espacios de intervención individual y grupal. Reconociendo que estos últimos no son fáciles de implementar debido a que los sujetos de atención PIE presentan ciertas dificultades para adherir a espacios que requieren cierta periodicidad y horarios prefijados. No obstante, debido a que en la etapa de la adolescencia los pares adquieren un rol predominante, las sesiones o talleres grupales pueden constituirse en una estrategia potente para alcanzar los objetivos de intervención.

Se sugiere conectar procesos de intervención grupal e individual, en el entendido que los procesos grupales, por una parte, poseen un alto efecto terapéutico, puesto que favorecen el intercambio de experiencias y aprendizajes en torno a ciertos tópicos de interés y que los procesos de intervención individual, por otra, permiten tener un conocimiento profundo de cada niño/a o adolescente en particular, así como también, trabajar aspectos específicos, que luego pueden ser potenciados en la intervención grupal.

Entre los resguardos que habría que considerar para la intervención grupal, es que el niño/a o adolescente esté dispuesto a participar de esta modalidad y que el programa le ofrezca esta alternativa cuando cada uno lo requiera y, **por ningún motivo**, que la intervención se tenga que prolongar más allá de lo necesario a la espera de que funcione una instancia grupal. También es importante considerar las causales de ingreso y perfiles de los niños/as o adolescentes para determinar la pertinencia de su inclusión en un espacio grupal, así como para definir la conformación de los grupos, procurando que efectivamente sea un espacio que aporte a un desarrollo positivo de sus proyectos de vida, y que no tenga efectos iatrogénicos¹⁹.

¹⁹ La literatura plantea que no es conveniente la conformación de grupos exclusivamente con adolescentes con prácticas transgresoras puesto que podría exacerbarse estas conductas. Por el contrario, promover grupo de pares que promuevan experiencias relacionales positivas.



En general, los proyectos desarrollan una oferta de talleres en la que actualmente se reconocen dos propósitos, están los de carácter “temático” (género, interculturalidad, sexualidad, entre otros), o bien, del ámbito “artístico/ambiental”, como, por ejemplo, mándala, origami, huerto, entre otros. En las Mesas técnicas de la modalidad se reconoce que estas instancias son útiles para favorecer adherencia, el desafío es avanzar hacia que estén conectados con los objetivos de intervención del plan. También puede brindar una oportunidad para ejercer el derecho a la participación, al ser diseñados y coorganizados por los propios adolescentes.

Finalmente, también, es importante considerar en la intervención con los niños, niñas y adolescentes el criterio referido a lo promocional, puesto que se espera que ellos sean actores en su proceso de restitución y resignificación, que tengan la posibilidad de aprender acerca de sus derechos. Además, se motiva a que su permanencia en el programa sea una oportunidad concreta de vivenciar el ser un sujeto titular de los mismos. Todo lo anterior, por supuesto, considerando la etapa de desarrollo en la cual se encuentran, sus características personales y contextuales, entre otros aspectos, que les parezcan relevantes a los equipos interventores.

Dentro de esto, el enfoque socioeducativo se transforma en una gran herramienta en tanto pudiera aportar con estrategias y metodologías que favorezcan su integración social, la ampliación de repertorio socioemocional-moral y desarrollar o fortalecer habilidades sociales que le permita un mejor equilibrio entre su bienestar personal y el colectivo, contribuyendo a su ejercicio pleno y respetuoso de sus derechos. El sustento que está a la base es que si los niños/as adolescentes se conciben como sujetos plenos de derechos, también reconocerán a los otros como sujetos de derechos, problematizando sus prácticas que atenten a ello, siendo por tanto ejes a abordar no sólo ante la presencia de vulneraciones, sino principalmente de conductas transgresoras.

Intervención Familiar

En este ámbito, el principal desafío se constituye en identificar el adulto responsable, o bien, un adulto que pudiera, a través de su participación en el programa, asumir el rol de adulto protector.

En la experiencia de los equipos PIE, la principal dificultad en la intervención la representa el identificar el o los adultos del entorno familiar con el cual se pueda trabajar en la protección, restitución de los derechos vulnerados y/o en la interrupción de prácticas transgresoras. Reconociendo estas dificultades y las particularidades que además las acentúan en el caso de familias de adolescentes –principal sujeto de atención de PIE- y que han sido mencionadas previamente en estas orientaciones técnicas, se requiere realizar todos los esfuerzos y poner al servicio la experiencia y competencias del equipo para trabajar con la familia, puesto que se trata de sujetos en plena etapa de desarrollo y de evolución de su autonomía, por tanto, se requiere intervenir con los adultos en tanto co-garantes de derechos y porque es el contexto vincular primario de los niños y niñas.

En este nivel, la intervención deberá orientarse de manera prioritaria a promover la responsabilización y empoderamiento de la familia como co-garante y figura protectora. Fortalecer el ejercicio de una parentalidad y parentalidad bien tratante, con claridad en los roles normativos y de cuidado hacia los/as niños/as y adolescentes. En este sentido, cobra particular relevancia la promoción de una participación activa de los adultos de la familia y la identificación/visibilización de sus recursos familiares –en términos de prácticas que den cuenta de buenos tratos y resolución de conflictos efectivos en la historia familiar- que puedan ser rescatados y potenciados tanto a través de una intervención psicológica, como mediante el acompañamiento y la intervención psico y socioeducativa. No obstante, dada la posibilidad de que sea el mismo contexto familiar un espacio vulnerador o amenazante –por ejemplo, frente a situaciones de grave abandono, negligencia, o frente a casos de explotación tales como la utilización de niños/as o adolescentes en la comisión de actos ilícitos- podría requerirse del uso de medidas judiciales. Éstas, dado



el impacto que generan a nivel familiar y en el vínculo del niño/a o adolescente con el equipo de intervención del proyecto, deberán ser diseñadas e implementadas como estrategias que asuman y mitiguen dicho impacto.

Desde la experiencia de implementación del programa, será altamente probable que en el proceso de intervención familiar surjan situaciones de vulneración no resueltas en las historias de vida de las propias madres, padres o referentes significativos, que inciden directamente en las dinámicas familiares actuales y en sus posibilidades de resolución. Ante esta situación, si bien puede considerarse que la intervención que se ofrezca a este nivel tendrá un efecto reparador, resultará conveniente favorecer procesos de derivación asistida y coordinación con la oferta de salud mental existente en el territorio.

La intervención con los adultos apunta a problematizar las situaciones que originaron el ingreso al programa, situándolos en un rol activo en tanto co-garantes de los derechos de sus niños/as o adolescentes. Para ello se requiere fortalecer sus habilidades o competencias parentales o marentales que otorgue un piso básico de protección y bienestar.

Reconociendo que las familias usuarias del proyecto PIE, frecuentemente presentan violencia transgeneracional y otras problemáticas psicosociales, como inestabilidad laboral o actividades relacionadas con ilícitos, consumo abusivo de alcohol y drogas, entre otros, es importante, sin dejar de reconocer estas variables, centrarse en los recursos, identificar estrategias que han implementado para mantenerse como familia y distinguir las áreas libres de problema, para desde ahí plantear una intervención que pueda ampliar oportunidades, movilizar recursos y generar transformaciones.

Es importante para conseguir lo anteriormente señalado, que los equipos desarrollen intervenciones con enfoque familiar que involucre en el mismo espacio (a menos que sea contraproducente) a los adultos (más de uno) y a los niños/as o adolescentes.

En coherencia con los planteamientos conceptuales del programa, se propone que la intervención familiar se desarrolle desde un enfoque de resiliencia y parentalidad positiva. En el apartado referido a enfoques para la intervención se sugirió el **Modelo Contextual Relacional Centrado en Recursos**, puesto que parece pertinente a los propósitos del programa, no obstante, se podrá utilizar otros enfoques sistémicos que sean adecuados. En cualquier caso, se debe resguardar que los interventores hayan sido capacitados y cuentan con las competencias necesarias para entregar una intervención de calidad.

Comprender a la familia como un sistema en evolución y dinámico, brinda la posibilidad de visibilizar a sus miembros en permanente y mutua influencia. La interacción significativa entre subsistemas invita a pensar que un cambio en la forma de relacionarse podría comenzar por cualquier integrante, incidiendo en la atmósfera colectiva en donde ésta se desenvuelve, promoviendo cambios en los demás integrantes.

Por otra parte, la familia tiene un rol privilegiado en el desarrollo integral de sus miembros y también en la transmisión de una cultura de promoción y ejercicio de los derechos humanos, socializando, modelando, promoviendo premisas, valores y modos de actuar que se van consolidando con el tiempo. Es así como, temas como relaciones de género, formas de vinculación entre el mundo adulto y la niñez y viceversa, formas de enfrentar los conflictos, la expresión de emociones y cómo modularlas, entre otros aspectos, cobran un potente espacio de aprendizaje en las familias, los cuales se van transmitiendo y replicando transgeneracionalmente. De este modo, se requiere identificar en las familias, aquellas pautas de relación que dificultan u obstaculizan el desarrollo integral de sus integrantes y que estarán presentes en la intervención, pero especialmente, reconocer/visibilizar aquellos recursos familiares que aportarán a sus logros.



Considerando lo anteriormente señalado, es que es crucial para gatillar o promover mejoras en las vidas de los niños, niñas y adolescentes, que la familia sea un actor presente durante todo el proceso que se lleve a cabo en el programa, promoviendo el equipo, la co-responsabilización de los procesos interventivos con sus niños/as y adolescentes.

Otro elemento que es importante considerar, es la ampliación en la visualización de adultos protectores, identificando otros co-garantes que puedan apoyar el ejercicio de la parentalidad y marentalidad. Más aún, si se trata de familias en situación de múltiples estresores o son monoparentales.

Socio- Comunitario

Como ya ha sido declarado, el programa enmarca su quehacer en el enfoque ecológico, que implica comprender que los niños, niñas, adolescentes y sus familias se encuentran insertos en un contexto socio-comunitario que es importante considerar y reconocer en la intervención del programa.

A nivel socio-comunitario, el aporte que realiza este programa es identificar y potenciar recursos o posibles recursos que, por un lado, apoyen la resignificación de vulneraciones de derechos y/o aporten en la interrupción de conductas transgresoras. Interesa identificar actores comunitarios e institucionales que puedan aportar al proceso de restitución de derechos, como también, que puedan contribuir a ampliar oportunidades y aporten modelos que apoyen la integración y pertenencia social. La identificación de otros adultos o recursos institucionales, pueden apoyar a los adultos de la familia en el ejercicio de su rol parental/marental, especialmente si consideramos que en la actualidad las familias están sometidas a múltiples demandas sociales.

También es necesario que los niños/as y adolescentes puedan contar con otros adultos significativos que puedan protegerlos, orientarlos y a quienes puedan recurrir. Los cuales además puedan apoyar la sustentabilidad de los cambios producidos, una vez que los usuarios/as egresen del programa.

Entonces, se espera que el programa identifique o visibilice adultos de la familia extensa y/o del entorno socio-comunitario que puedan ser co-garantes de derechos de los niños, niñas o adolescentes usuarios/as del programa, aportando al ejercicio de una parentalidad/marentalidad social que -sin desconocer el rol protagónico que tienen los padres/madres- los apoyan en la desafiante tarea de la crianza bien tratante, disminuyendo la sobre-responsabilización que hace la sociedad hacia las familias.

De manera complementaria, la identificación de co-garantes de derechos permite a los niños y niñas contar con una red de adultos protectores en sus entornos atentos y activos en la protección de sus derechos.

Asimismo, es importante vincular a los niños/as y especialmente a los adolescentes con espacios de integración social, que puedan ser una alternativa atrayente que desincentive la vinculación con pares o adultos relacionados con la transgresión de la norma social. Y por otro lado, aporte a la construcción de un proyecto de vida basado en el bienestar personal y social. En definitiva, que aporte a que se visualicen como sujetos de derechos y ciudadanos, en tanto pueden aportar al mejoramiento de sus comunidades. En este sentido, puede ser un aporte la formación de promotores de derechos²⁰ o bien, vincularlos con distintos espacios de participación (clubes deportivos, grupos de iglesias, scout, Consejos Consultivos por las Oficinas de Protección de Derechos u otras instancias locales, entre otros).

Por otro lado, se propone desarrollar un trabajo de sensibilización educativo/formativo respecto de los derechos de la niñez y adolescencia, como también, difundir el Programa 24 Horas en distintas instancias

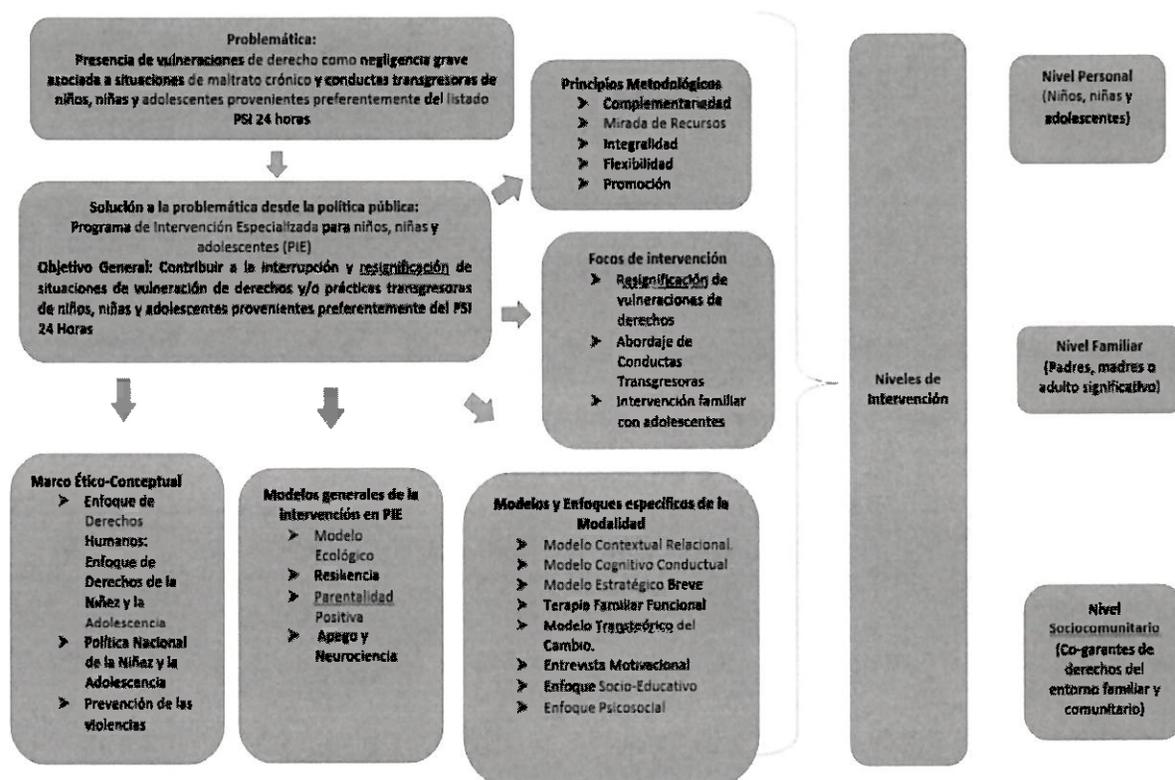
²⁰ El equipo del PIE Santo Tomás, ejecutado por la I. Municipalidad de La Pintana desarrolló en años anteriores una buena práctica al constituir un pequeño grupo de Adolescentes Promotores de Derechos, que organizaron y ejecutaron diversas actividades en su comunidad.



(formales o informales) insertas en la comunidad, como pueden ser: escuelas, centros de salud, juntas de vecinos, organizaciones juveniles, grupos de esquina, entre de otros.

Desde un enfoque de redes, esta intervención se puede dar en dos niveles: uno centrado en el individuo y sus familias, conectándolos con los servicios existentes a nivel local, contribuyendo a su inclusión social. Y otro, que promueve la participación del programa en redes locales, con la finalidad de aportar a la promoción de una cultura de derechos de la niñez y adolescencia. Para ello, se espera su participación en redes de infancia, espacios de coordinación barriales y especialmente participar activamente en la Mesa Comunal de Gestión de Casos, que es un soporte clave del Programa 24 Horas.

6.5.4. Representación Gráfica del Modelo PIE



Proceso de Intervención: Fases y tiempos.

Con la finalidad de dar un orden y claridad, se aludirá a cinco momentos de intervención, en los cuales en cada uno se señalan tiempos estimados, los propósitos y acciones mínimas a realizar, en el entendido de que los colaboradores, en conjunto con sus equipos técnicos, los irán enriqueciendo a partir de sus prácticas. Por lo tanto, se entiende que el proceso de intervención no es lineal, en términos de sus momentos de intervención, sino que éstos se pueden ir superponiendo de manera dinámica. Asimismo, es importante considerar que desde que el interventor/a toma contacto con el usuario/a está interviniendo, en el entendido que es un proceso dinámico, recursivo, flexible y a la vez estructurado con focos claros de intervención.

Otro elemento importante de considerar en la intervención es si el niño/a o adolescente con su familia está siendo solamente atendido en PIE, o bien, está también participando de proyectos complementarios como PDE y PDC, u otro programa psicosocial.



La permanencia total de los sujetos participantes en el programa es de **18 meses como plazo máximo**. **No obstante, se espera que la mayoría de los niños, niñas, adolescente y familias atendidas se concentre en los tiempos de intervención entre 12 y 15 meses.**

A continuación, se presentan las siguientes fases de intervención:

- **Proceso de Ingreso**

Esta etapa contempla la acogida, el encuadre y despeje de perfil para ingreso

Tiempo Estimado: 1 mes.

Propósitos
Verificar que las problemáticas que afectan al niño, niña o adolescente derivado a PIE correspondan al perfil de atención de la modalidad.
En caso de que se trate de perfil correspondiente a la modalidad, se espera incentivar que el niño, niña o adolescente y su familia acepten la intervención, significando al programa como un espacio de ayuda.
En caso de que el perfil NO corresponda a la modalidad, asegurar que la entidad que deriva, el niño/a o adolescente, y la familia, reciban la información correspondiente.
Promover que los niños, niñas, adolescentes y sus familias visualicen su ingreso a PIE como el ingreso a un circuito más amplio, Programa 24 Horas, dando cuenta de que existe una red de programas con que pueden contar.
Clarificar motivo de ingreso con el niño, niña o adolescente y su familia.
Identificar preliminarmente adultos/as responsables a quienes se puede incorporar en la intervención, así como otros co-garantes y redes de apoyo.
Realizar derivaciones pertinentes y oportunas a los dispositivos especializados (PDE y PDC), de acuerdo a los procedimientos establecidos en los protocolos comunales.
Desarrollar proceso de encuadre de la intervención con los niños, niñas, adolescentes y sus familias.

Para el logro de un expedito proceso de derivación de casos, se solicitará en el marco del trabajo coordinado y complementario con los otros proyectos, la **elaboración de protocolos de derivación, flujograma de derivación y atención** que establezca plazos y la atención que brinde cada equipo, con el fin de dar cuenta del trabajo coordinado que beneficie una intervención integral al niño/a y/o adolescente.

Acciones mínimas:

- Recibir y revisar los antecedentes del caso desde el equipo derivante, siendo idealmente el Director/a quien realice esta gestión, realizando el primero filtro para determinar la correspondencia del perfil de atención. Luego, los antecedentes deben ser revisados por el equipo para definir quienes ejecutarán las siguientes acciones.
- Realizar visita domiciliaria a la familia para iniciar contacto con ellos, y también con el/la niño/a o adolescente. Establecer un clima de acogida escucha activa, de no enjuiciamiento y a la vez, explícita de los objetivos del programa PIE y del circuito 24 Horas, así como también, el marco



proteccional y de prevención de las violencias en el cual se desarrolla, recordando que en una primera instancia se trata de definir si efectivamente la problemática del niño/a o adolescente y su familia corresponde al perfil de atención.

- Reunir la mayor cantidad de información disponible acerca de la problemática del niño/a o adolescente y su familia con la finalidad de determinar si corresponde a una vulneración de derechos y/o transgresión de normas, y de ser así, si éstas corresponden a las temáticas que aborda PIE. Para ello, es importante que antes de tomar contacto con la familia se revise la ficha de derivación recibida. Si se trata de demanda espontánea será el propio niño/a o adolescente y/o la familia quienes proporcionen la mayor cantidad de antecedentes.
- Asimismo, es importante recoger información que pudieran conocer otros programas de la red que atendieron al niño/a, información en tribunales si es que fue derivado por esta institución, datos de la escuela y del centro de salud, entre otras fuentes de información. Estos datos deberán vaciarse en una ficha de ingreso, que incluya variables que permitan discriminar si corresponde al perfil del programa.
- Revisar con la familia el motivo de ingreso.
- Promover activamente la incorporación desde el inicio de figuras masculinas al proceso, de modo de no recargar a las figuras femeninas (madres, abuelas) que suelen ser sujetos de atención de los programas psico-sociales, evitando así reproducir los estereotipos de género que ubican la responsabilidad de la crianza en las madres o quien las sustituya en ese rol.
- Identificar, al menos, de manera preliminar el (idealmente los) adultos con los cuales se trabajará en la intervención.
- Una vez determinado que la situación corresponde a las temáticas que aborda el programa, es importante efectuar el rito/hito de ingreso al programa con el niño/a o adolescente y su familia. Asimismo, indagar acerca de la motivación de ambos (niño/a y familia) por participar del programa, sus resistencias, sus inquietudes, su motivo de consulta, entre otros aspectos, en vistas de favorecer la adherencia a la intervención. En este sentido, puede resultar un gran aporte la Entrevista Motivacional.
- Ingreso al Sistema de Información del Servicio, si corresponde perfil. Si proviene del PSI 24 Horas de Carabineros deberá quedar consignado en la paramétrica correspondiente.
- Realizar un encuadre en el cual se explicita el propósito que tiene el programa, que su foco son los niños, niñas y adolescentes, ajustar expectativas de lo que ofrece el programa, su forma de trabajo y el rol que tienen que asumir los adultos en la intervención, que se debe informar a tribunal en los casos en que fue derivado por esta instancia, que si se tiene sospecha de una vulneración de derechos constitutiva de delito esta debe ser puesta en conocimiento de las autoridades correspondientes, entre otros aspectos, que sean relevantes para que el niño/a y su familia se sientan informados y sujetos participantes y no objetos de atención del programa.
- En aquellas situaciones en que no corresponda el ingreso a PIE, se debe informar a la instancia derivante, dando cuenta de los motivos por los que no corresponde el ingreso, y si es posible entregando sugerencias de lo que se considere como más pertinente para el niño, niña o adolescente de acuerdo a la información recogida por PIE, así como también se deben generar acuerdos de acción con el derivante que aseguren que se realizarán las acciones que se requieran para garantizar sus derechos, y por ende su bienestar. Asimismo, resulta necesario informar también al niño, niña o adolescente y su familia sobre el resultado de este proceso.
- En definitiva, el principal desafío de esta fase es concordar un vínculo de ayuda con la familia y los niños/as o adolescentes y no de enjuiciamiento. Asimismo, co-construir un motivo inicial de consulta o demanda de ayuda, desde un enfoque de recursos.



Para conseguir estos propósitos, es relevante transmitir desde un inicio a los sujetos participantes que el programa puede constituirse en una oportunidad de fortalecer sus recursos y generar transformaciones que mejoren el bienestar de los niños/as, adolescentes y de la familia. En esta etapa es especialmente relevante considerar los supuestos del Modelo Transteórico del Cambio y la entrevista motivacional, con sus diversas técnicas para trabajar la motivación a dicho cambio, así como su aporte para construir un motivo de consulta en conjunto con el niño/a o adolescente y su familia.

- **Profundización Diagnóstica.**

Se entiende que en la fase de acogida surgieron antecedentes sobre la situación personal, familiar y socio-comunitaria del niño, niña o adolescente, por lo tanto, esta etapa contempla la profundización en cada una de dichas áreas.

Tiempo Estimado: Aproximadamente 2 meses. Para los diagnósticos realizados en conjunto con dispositivos complementarios se podrá extender excepcionalmente por 3 meses.

Propósitos
Elaboración de diagnóstico situacional de la vulneración de derechos y/o transgresión de normas, que incluya factores protectores/recursos y de factores de riesgo/estresores en los distintos ámbitos de intervención: personal, familiar y sociocomunitario.
Establecimiento de un clima de confianza y colaboración con el/la niño/a o adolescente y su familia, en el cual ellos participen activamente, superando el rol pasivo de meros informantes. Interesa conocer no sólo los hechos, sino la opinión y los significados que le otorgan los sujetos a sus vivencias.
Contar con una evaluación para cada uno de los niveles de intervención (personal, familiar, y socio-comunitario), realizada con instrumentos validados, que permita establecer la línea base sobre la cual se sostendrá la intervención, contando con información relevante para la elaboración del plan de intervención y posteriormente evaluar sus resultados.
Co-construcción del motivo de consulta o demanda de ayuda, consensuado con los niños, niñas y adolescentes y sus familias, considerando un vínculo relacional que favorezca la motivación y adherencia al proceso.
Establecimiento de medidas de urgencia que aseguren la protección de niños, niñas y adolescentes cuando fuese necesario.
Realizar derivaciones pertinentes y oportunas a los dispositivos especializados (PDE, PDC y salud mental 24 Horas), de acuerdo a los procedimientos establecidos en los protocolos comunales.
Desarrollo del proceso de profundización diagnóstica en complementariedad con los dispositivos especializados (PDE y PDC), para los niños, niñas y adolescentes que lo requieran, de manera tal de asegurar un proceso integral, donde se pongan a su disposición la diversidad de experiencias y disciplinas que confluyen con los profesionales y técnicos de estos programas, y evitando la duplicidad de funciones.



Definición de focos a intervenir para cada uno de los niveles de intervención, en concordancia con el motivo de ingreso, hallazgos de la profundización diagnóstica y co-construcción de la demanda de ayuda.

Acciones Mínimas:

Se espera que -al menos- el equipo PIE realice las siguientes:

- Recordar al niño/a o adolescente y su familia el encuadre, explicitando el programa como una oferta de protección de los derechos de la niñez y adolescencia y prevención de las violencias. Así también enfatizar en la existencia de proyectos complementarios que operarán como un solo equipo multidisciplinario para abordar las distintas necesidades que se observen como requeridas de atender.
- Revisar los antecedentes que pueda proporcionar el histórico del Sistema de Información, como también reunir o solicitar mayores antecedentes a los derivantes u otros programas que hayan intervenido, si corresponde.
- Evaluar o determinar **medidas de urgencia**. Esto se traduce en evaluar las condiciones de protección, tomar las decisiones y desarrollar las acciones necesarias para interrumpir las situaciones de graves vulneraciones de derecho²¹. Estas medidas, si existen antecedentes que lo ameriten, se pueden tomar en la fase de acogida, o en cualquier momento de la intervención en que se requiera.
- Profundizar y re-construir la historia vital del niño/a o adolescente, integrando los sucesos vulneradores y transgresores (si corresponde), su origen, el tiempo transcurrido, las personas involucradas, los posibles efectos en su desarrollo, los significados o explicaciones que le otorga, sus recursos resilientes, entre otros aspectos relevantes. Integrando la opinión respecto de los significados y explicaciones que le otorgue el niño/a o adolescente y su familia, como también los recursos y estrategias que han desarrollado para enfrentar sus problemáticas.
- Aplicar un instrumento de detección de sospecha de consumo de alcohol y/o drogas a cada niño, niña o adolescente²². Si surgen antecedentes relevantes efectuar la derivación inmediata a “Programa de Protección Especializada para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y/u otras drogas (PDC)”, puesto que es este último equipo es el llamado a determinar si el niño/a o adolescente derivado corresponde a su perfil de atención²³.
- Indagar respecto de antecedentes de la trayectoria escolar y si fuese necesario derivar al Programa Especializado en Reinserción Educativa-PDE.

²¹ Para determinar si corresponden medidas de urgencia se requiere estudiar los antecedentes disponibles, conocer las experiencias previas de tratamiento, cuando las haya, y sus resultados, a fin de que dichas medidas sean atingentes e idealmente consensuadas con los usuarios/as. El propósito es interrumpir la o las graves vulneraciones de derechos, a través de acciones en los ámbitos jurídico, social y/o familiar, es un requisito básico para realizar intervención enmarcada en la resignificación, siendo además el logro mínimo a obtener por un programa especializado.

²² El instrumento que tendrán que utilizar los equipos PIE es el CRAFFT. Dicho instrumento es recomendado para por el Ministerio de Salud y por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda). Se espera que la aplicación del instrumento se realice en las etapas iniciales del diagnóstico. El instrumento podrá ser sustituido por otro sólo en casos en que el Servicio lo indique.

²³ Esta decisión se encuentra sustentada a partir de los hallazgos del “Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar” (2015) realizado por Senda, en el cual se señala que en los últimos años ha bajado la edad de inicio del consumo de marihuana y su percepción de riesgo. Además, en las Mesas Técnicas de la Modalidad PDC hubo amplio consenso de que -en ocasiones- los niños/as o adolescentes son derivados de manera tardía cuando están muy afectados por el consumo de sustancias y la intervención requiere otros soportes sanitarios de mayor complejidad.



- Cuando un niño/a o adolescente se encuentra participando en otro dispositivo especializado del circuito, el diagnóstico debe ser realizado de manera conjunta con PDC y/o con PDE²⁴. Si no es posible (casos excepcionales), cuando la derivación o el ingreso se concreta una vez realizado el diagnóstico por parte de PIE, es igualmente importante que se comparta y se nutra con la mirada de los equipos especializados que este participando de la elaboración del diagnóstico. También, si es necesario efectuar derivación asistida a dispositivos de salud mental del circuito 24 Horas, o la red local cuando fuera necesario.
- Para la elaboración del Diagnóstico Unificado (DIU)²⁵ se debe realizar por lo menos una reunión de planificación donde participen los profesionales y técnicos de cada programa que serán parte del proceso. En esta reunión se debe plasmar la planificación en un documento en que se definan las acciones, responsables y tiempos para el desarrollo del DIU. Además, se deben establecer las acciones de comunicación necesarias que se desarrollarán para ir monitoreando los avances en la ejecución de la profundización diagnóstica.
- Efectuar una evaluación de las capacidades/competencias/habilidades de los adultos a cargo para ejercer un rol responsable de cuidado y protección, y con quienes se proyecta desarrollar la intervención. Se espera que se efectúe la evaluación de los cuidadores principales, padre o madre, o de quienes asuman este rol (abuela/abuelo). De manera excepcional, cuando se trate de familias monoparentales sin un segundo adulto que apoye la crianza, se efectuará solo a un adulto. Esta evaluación se debe desarrollar con, al menos, un instrumento validado para la temática²⁶, pudiendo incorporar además otros que evalúen otras temáticas que influyen en el ejercicio de la parentalidad²⁷. Los instrumentos elegidos deberán aplicarse nuevamente al finalizar la intervención para contar con una evaluación que sustente la apreciación sobre los cambios producidos.
- Realizar una evaluación, a través de instrumentos en el nivel personal y socio-comunitario que aporten información relevante para el diagnóstico y posterior diseño del plan de intervención. Los cuales tendrán que ser aplicados, también, al culminar la intervención para evaluar los cambios producidos.
- Identificar las redes en las cuales se encuentran inserta la familia y los niños/as o adolescentes y si éstas se constituyen en un soporte.
- Elaborar informe de evaluación diagnóstica. Este informe lo realizan todas las disciplinas participantes y contiene la información recabada y que resulta relevante para el abordaje de cada caso en particular. Aquí, el principal propósito será el **establecimiento de focos para la intervención acordados en conjunto con los niños, niñas, adolescentes y sus familias.**

Para desarrollar el diagnóstico **al menos se deberán utilizar las siguientes técnicas o herramientas**, tomado en consideración si el sujeto de atención participa en dispositivos complementarios o no:

- ✓ Realización de visitas domiciliarias (las que sean necesarias), la cual permite acceder al niño, niña o adolescente y su familia en sus contextos naturales.

²⁴ Se espera que los equipos se presenten de manera conjunta al niño/a o adolescente y su familia y se le explique que se trabajará la etapa del diagnóstico de esta manera y que dependiendo de sus resultados se determinará la intervención a seguir.

²⁵ Se entenderá por Diagnóstico Unificado aquellos realizados en complementariedad con los equipos especializados (PDE y PDE) cuando corresponda

²⁶ Entre los instrumentos validados para evaluar competencias parentales se encuentran NCFAS-G, Escala de Parentalidad positiva E2P, Fichas de Barudy y Modelo de Evaluación de Condiciones para la parentalidad- MECEP.

²⁷ Instrumentos que evalúan otros aspectos que afectan el ejercicio de la parentalidad son por ejemplo: PMF (Potencial de maltrato infantil), PSI (Índice de estrés parental).



- ✓ Entrevistas con adultos (a cargo de la crianza y personas significativas para el niño/a). Perseverar en los esfuerzos de acceder a las figuras masculinas, adaptando horarios de atención si fuera necesario.
- ✓ Observación de la interacción del niño/a o adolescente con el o los cuidadores.
- ✓ Entrevista con el niño/a o adolescente, considerando las técnicas más apropiadas de acuerdo a su etapa del desarrollo.
- ✓ Aplicación de escalas y pruebas psicológicas que se requieran, en consideración de la edad de los niños/as o adolescentes y sus características.
- ✓ Reporte de las redes con las cuales se vincula el niño/a y la familia (escuela, salud, otras).
- ✓ Construcción participativa del genograma (considerar tres generaciones si se cuenta con la debida información), ecomapa y otros que se estime pertinente.

La elaboración del genograma puede ser una oportunidad para revisar, también, los mandatos de género transgeneracionales y las concepciones culturales respecto de la parentalidad y marentalidad. En relación al ecomapa, es importante que se distinga cuáles son los recursos identificados por la familia en su conjunto, como también los que tienen especial valor para los niños/as o adolescentes, identificando no sólo las redes específicas con que cuentan, sino el significado que les atribuyen a cada una de ellas.

Las conclusiones del diagnóstico integral (ámbito personal, familiar y socio-comunitario), deberán establecer los factores asociados a la vulneración/transgresión, como también los recursos disponibles en los distintos ámbitos y determinar focos que orienten la co-construcción del plan de intervención. Es decir, intervenir en las vulneraciones/transgresiones identificadas de acuerdo a su gravedad, en conjugación con las necesidades sentidas por el niño, niña o adolescente y su familia. Es fundamental apoyarse en los recursos del niño/a o adolescente, de la familia y de su entorno.

Cabe resaltar que el diagnóstico para PIE, no deber ser un estudio acabado de la familia, sino más bien es un documento que guiará la intervención y permitirá cuando concluya evaluar los avances.

Se sugiere que el proceso de diagnóstico se enmarque con el niño /a o adolescente, como un paso necesario de realizar y como acciones dentro del proceso de intervención para que los usuarios/as no se desmotiven de participar de la intervención y sienta esta fase como "un trámite". Además, se entiende que desde que se toma contacto con los sujetos de atención, el programa está interviniendo. Considerando, además, que cuando ingresan las personas al programa, probablemente se encuentren en una situación de crisis, que se puede aprovechar como una oportunidad para el cambio.

Por lo mismo, se sugiere que los instrumentos que se utilicen sean elegidos en cuanto promuevan en su aplicación procesos de diálogo y reflexión en conjunto con los sujetos atendidos.

Como estrategia para dar cuenta de la participación del niño, niña o adolescente y su familia durante el proceso se sugiere que en la elaboración del informe de diagnóstico se incluyan citas que rescaten sus planteamientos.

- **Co-construcción y Co-ejecución del Plan de Intervención de cada niño, niña o adolescente**

Se sugiere al equipo del programa considerar, especialmente en esta etapa, los enfoques transversales y los específicos de la modalidad, así como también, los criterios metodológicos de la modalidad.



Se debe construir un plan personalizado para cada niño, niña o adolescente, de acuerdo a su perfil y a los hallazgos del diagnóstico, con objetivos propios de su situación, evitando objetivos estándares que se repliquen en todos los planes de intervención.

Tiempo Estimado: 10 a 12 meses.

En base a los focos de intervención definidos en la etapa de profundización diagnóstica, se debe elaborar un **Plan de Intervención Individual (PII)**, que se constituya en la hoja de ruta que oriente el proceso, y permita desarrollarlo de manera planificada y sin perder el norte a medida que van apareciendo situaciones contingentes. Cuando la intervención se desarrolla en complementariedad con equipos especializados del circuito, este plan pasa a llamarse **Plan de Intervención Unificado (PIU)** y debe desarrollarse en conjunto con los interventores de cada uno de los proyectos que intervienen.

Es importante considerar que **los tiempos de intervención establecidos en los planes NO son estándares**, sino que deben determinarse de acuerdo al diagnóstico, con metas y tiempos a corto y mediano plazo, poniendo especial énfasis en que **la intensidad de la intervención sea especialmente alta en los 6 primeros meses**.

Se recomienda revisar los planes y sus resultados cada 3 meses.

Se plantea como recomendable que si un niño/a o adolescente con su familia participa solo en PIE tenga al menos una intervención directa semanal y si se encuentra en complementarios podría espaciarse a quincenal.

Propósitos
Co-construcción de plan de intervención (PII o PIU según corresponda) con objetivos, resultados esperados, plazos y responsables, en el ámbito personal, familiar y socio-comunitario, considerando la etapa del desarrollo del niño, niña o adolescente, y en coherencia con el informe de profundización diagnóstica respecto de las vulneraciones de derechos/prácticas transgresoras.
Co-ejecución del plan de intervención, involucrando al niño, niña o adolescente, su familia y los co-garantes del entorno familiar y/o sociocomunitario.
Desarrollo del proceso de intervención en un marco de confianza y colaboración con los niños, niñas, adolescentes y sus familias, relevando el rol activo que les compete en el proceso.
Desarrollo de un proceso de intervención coordinado con los equipos complementarios –en los casos que corresponda–, asegurando que los niños, niñas y adolescentes que lo requieran reciban una atención integral, multidisciplinaria, y coordinada de manera tal que se eviten intervenciones duplicadas, o contradictorias. Este proceso exige no sólo el reunirse para la elaboración del PIU, sino que requiere que quienes intervienen mantengan contacto y coordinación permanente.
Monitorear con frecuencia el desarrollo del Plan de Intervención, para poder responder de manera oportuna a las necesidades de adaptación que se presenten en el proceso.
Superación de las situaciones de vulneración/transgresión de normas identificadas en el proceso de profundización diagnóstica.

Acciones Mínimas:



- En base al perfil del usuario/a y los antecedentes diagnósticos, incluyendo la opinión de los usuarios/as, se desarrolla la Co-Construcción del Plan de Intervención Individual (PII). En aquellos casos en que corresponda la intervención complementaria con proyectos PDE, PDC y/o, idealmente, con equipos ambulatorios de salud mental 24 horas, deberá contarse con la participación de representantes de dichos proyectos en la elaboración conjunta del Plan de Intervención Unificado (PIU) para el niño/a o adolescente sujeto de atención, como ya fuera señalado en la fase de profundización diagnóstica.
- El plan de intervención, ya sea PII ó PIU, deberá contener una síntesis de la profundización diagnóstica, con especial énfasis en los factores asociados a la vulneración /transgresión, la definición de los objetivos de intervención refrendados con los niños/as, adolescentes y sus familias, acciones centrales a desarrollar, plazos de realización, resultados esperados y los/as responsables de su ejecución (incluyendo como co-responsables a los usuarios/as, sus familias y otros co-garantes del entorno). En el caso de intervenciones complementarias con proyectos PDE y/o PDC, deber quedar claramente delineado la intervención que involucra a los distintos profesionales/técnicos, de modo que el niño/a o adolescente y su familia tengan claridad respecto de quienes son sus referentes. Es así que, se espera la generación de unidades de intervención conformadas por -al menos- un representante de cada modalidad que esté involucrado directamente en el proceso de intervención. Esta unidad –dupla o tríada- será comprendida como el equipo responsable del diseño y desarrollo del plan de intervención del caso específico –incluyendo la formulación de objetivos comunes-, información que deberá ser de conocimiento de los distintos proyectos y especialmente del niño/a o adolescente atendido y su familia. Deberá indicarse a su vez la figura de un responsable de caso, que cumplirá las funciones de articulación con el resto del equipo de intervención. Dicho responsable de caso deberá ser **definido de acuerdo a las necesidades de intervención** del niño/a y/o su familia; por tanto, no necesariamente deberá corresponder a un integrante del equipo PIE, sino que, si el caso lo amerita, el rol podría ser asumido por un integrante del equipo PDC, en aquellos casos en que el consumo de drogas resulte un tema prioritario de abordar, o por un integrante de PDE en casos en que la reinserción escolar sea el foco principal de atención.
- Es importante tener siempre presente que el plan debe estar enfocado a restituir/resignificar el o los derechos vulnerados, como también a interrumpir las prácticas transgresoras cuando corresponda. Considerando los factores estresores/dificultades y protectores/recursos, se establecen focos a trabajar, con objetivos dentro del marco de acción del programa y resultados esperados en el ámbito personal (niño, niña o adolescente), familiar y socio-comunitario, consensuado con los distintos actores y co-garantes que participan del plan, así como con el niño/a o adolescente y su familia. En definitiva, como se ha reiterado, el Plan es **personalizado** para cada niño/a y su familia y no instrumentos en serie con objetivos y plazos estándares; para asegurar esto se debe considerar, al menos, el perfil específico del niño/a o adolescente, su causal de ingreso al PSI 24 Horas, sus recursos y factores estresores, como también, si participa en dispositivos complementarios. Se espera que se establezcan planes cuyos objetivos y resultados esperados se determinen en relación a lo diagnosticado y a la evaluación de las capacidades/competencias/habilidades de los adultos a cargo para ejercer un rol responsable de cuidado y protección. Es por ello que los plazos que se determinen para conseguir los objetivos a lograr en cada ámbito (personal, familiar y socio-comunitario) también tendrán que ser considerando los recursos y dificultades/estresores de cada caso, los cuales tienen que estar identificados en el diagnóstico y posteriormente contenidos en el diseño del Plan de Intervención. De acuerdo a esta información, se determina el tipo de estrategia y la intensidad de la intervención en los niveles personal, familiar y socio comunitario; como también los profesionales o técnicos a intervenir. Es así que se reconoce que se constituye un equipo ad-hoc a cada sujeto, que podría convocar a dos o tres profesionales o técnicos.
- Se espera que el Plan de Intervención Individual sea co – construido con el niño/a o adolescente y su familia, de modo de favorecer que todos/as los involucrados/as en el desarrollo de dicho plan (usuarios/as, equipos de intervención y otros co-garantes) comparten los objetivos que se espera



cumplir. Es claro que cuando los/as usuarios/as participan en el diseño de la intervención es más probable que se involucren en el logro de ésta. Metas compartidas y realistas con distintos plazos pueden ayudar a que el niño/a o adolescente y la familia fortalezcan la sensación de logro.

- La co-construcción del Plan de Intervención Individual (PII) ó Plan de Intervención Unificado (PIU) implica una participación activa del niño, niña o adolescente y su familia en el proceso, por lo que se debe considerar para ello -por lo menos- una devolución respecto al proceso de diagnóstico, específicamente respecto a los focos de intervención que se definen a partir de él, y la concordancia de éstos con las necesidades identificadas por los propios niños, niñas o adolescentes y sus familias; revisión conjunta de una propuesta de Plan de Intervención desarrollada previamente por el equipo interviniente, donde se incorpore la voz del niño/a o adolescente y su familia, mediante citas que den cuenta de la visión que han planteado respecto a lo propuesto, así como la incorporación de lo que ellos manifiestan como necesidades a trabajar, promoviendo la generación de consensos para que exista concordancia entre éstas y las problemáticas focalizadas. Esto debe realizarse en un espacio y lenguaje acogedor para el niño, niña o adolescente y su familia, evitando hacerlo bajo lógicas institucionalizantes.
- Es importante señalar que el Plan de Intervención Individual es el instrumento en que espera verse reflejada la orientación hacia una intervención estructurada, intensiva, flexible y ajustada a las posibilidades de respuesta del usuario/a. Corresponde a la carta de navegación de la intervención, por lo que la rigurosidad y precisión en su diseño favorecerá su ejecución y evaluación, tanto desde el equipo de intervención como desde los propios usuarios/as.
- Los resultados esperados e indicadores de logro, también serán personalizados y se tienen que establecer con plazos diversos y más acotados que los objetivos generales, idealmente a 3 meses, dependiendo de lo que se plantea conseguir. Lo anterior, tiene por finalidad planificar –como ya fue señalado anteriormente- una **intervención intensiva en los seis primeros meses**, ya que, de acuerdo a la literatura y la evidencia con la que se cuenta en el Programa 24 Horas, este período es crucial para intencionar cambios, también el establecer resultados de manera escalonada permite ir evaluando con los niños/as, sus familias y los co-garantes cambios intermedios que refuercen su percepción de logro producto de la intervención. Se sugiere que en los Planes de Intervención se establezcan objetivos y metas concretas, alcanzables en cortos plazos, y medibles, para así aumentar la percepción de auto-eficacia por parte de los niños, niñas o adolescentes y sus familias, mejorando así su autoestima y promoviendo mayor motivación para continuar su participación en la intervención.
- En coherencia con lo señalado anteriormente, se espera que los profesionales y/o técnicos a intervenir en cada caso, se determinen de acuerdo al “traje a la medida” elaborado para cada niño/a o adolescente y su familia. De cualquier manera, los profesionales y técnicos tendrán que poner al servicio su formación y expertise, al logro de los objetivos y resultados propuestos en el plan de intervención, y no que cada interventor tenga un foco aislado que no esté conectado con lo planteado en dicho plan.
- Respecto de las metodologías, como se señala en la descripción de los niveles de intervención, los niños/as o adolescentes, sus familias y los co- garantes podrán participar de espacios individuales y/o grupales, dependiendo de las características, necesidades, intereses, entre otros de los participantes, así como, de los objetivos que se requieran lograr y las características del territorio en el cual se interviene.
- Es necesario identificar y reforzar a los actores que estarán en contacto permanente con el niño, niña y/o adolescente una vez egresado del proyecto, de manera de ir dejando capacidad protectora instalada y que puedan asumir un rol de co-garantes de derechos de la niñez y adolescencia.



En síntesis, el plan de intervención tendrá que ser co-construido con los sujetos participantes del programa y será elaborado en coherencia con el análisis de la vulneración/transgresión y los resultados de la evaluación de las capacidades/competencias/habilidades de los adultos a cargo para ejercer un rol responsable de cuidado y protección. Será un “traje a la medida”, con objetivos y resultados esperados a conseguir en cada nivel de intervención: personal (niño/a o adolescente), familia y socio-comunitario. Estos objetivos, resultados e indicadores de logro, tendrán plazos dependiendo de cada caso y guiarán a quienes del equipo intervendrán y que metodologías se utilizarán, así como también los co-garantes de derechos que se integrarán. Todo lo anterior, tiene el propósito de restituir los derechos vulnerados, resignificar las situaciones vividas por el niño, niña o adolescente, interrumpir las prácticas transgresoras, fortalecer las capacidades y protección para que los adultos asuman efectivamente su rol de adulto responsable y bien tratante. Como también, vincular y fortalecer a distintos co-garantes con el entorno socio-comunitario.

- **En relación a la ejecución del plan**, se tendrá que promover que tanto el niño/a o adolescente como los adultos participen activamente. Esto es, comprometiéndose con ciertas acciones a desarrollar para superar las situaciones que les afectan, así como en la elección de metodologías que les son más pertinentes a sus características culturales, de género, necesidades especiales, como de la etapa en el desarrollo evolutivo en el que se encuentren, entre otras consideraciones.
- En el entendido que los colaboradores en conjunto con sus equipos ejecutores desarrollarán sus apuestas metodológicas en coherencia con la etapa del desarrollo y de las características y necesidades de los niños, niñas o adolescentes, se les invita a incorporar metodologías innovadoras y/o terapias complementarias²⁸ que puedan constituirse en un aporte para conseguir los objetivos del plan de intervención.
- **En la ejecución del plan de intervención, se debe considerar las siguientes acciones mínimas:**
 - ✓ **En el nivel personal:** El propósito es interrumpir las vulneraciones de derechos, aportar a la restitución y ejercicio pleno de los derechos y generar un contexto protector y de resignificación de las experiencias de vulneración, que favorezca la emergencia de los recursos resilientes.

En consideración al perfil de atención del programa, es importante también abordar las conductas transgresoras cuando ya están presentes, o bien, los factores de riesgo que podrían influir en su generación, para lo cual es clave su problematización y el abordaje de conductas de auto- protección que disminuya las posibilidades de que los adolescentes se expongan a situación que atenten contra su bienestar o el de otros. De acuerdo a lo anteriormente expuesto, es que se podrá optar por una serie de estrategias o metodologías a desarrollar, estas son²⁹:

Sistema tutorial³⁰: Considerando que el perfil de sujeto de atención se sitúa en la etapa de la adolescencia, la experiencia de los equipos interventores muestra que esta metodología se ha constituido en un soporte clave de la intervención de la modalidad. La apuesta es que PIE, en conjunto con los dispositivos complementarios (cuando corresponda), implementen un sistema de acompañamiento cercano, sistemático e intensivo, que aporta a la reparación del daño vincular con el mundo adulto, la emergencia de recursos resilientes, de conductas de

²⁸ Revisar anexo de Terapias Complementarias

²⁹ El colaborador podrá ofrecer otras metodologías, que le hayan dado resultado y que sus equipos interventores se encuentren capacitados para utilizarlas

³⁰ Es importante insistir, en que no todos los niños/as o adolescentes tendrán un tutor/a, sino que esta metodología como las siguientes dependerán del perfil del sujeto



autoprotección, del ejercicio responsable de sus derechos, como también, a la problematización e interrupción de prácticas transgresoras, cuando corresponda. Probablemente el niño, la niña o el adolescente simbolice en el Tutor/a de PIE, el acompañamiento tutorial, pero este debe desarrollar su intervención en coordinación con los profesionales de su programa, como también con los colegas de los dispositivos complementarios. El tutor se instala como un adulto significativo, que desde ese rol (de adulto) establece un vínculo que favorece la integración entre el bienestar individual y el colectivo, promoviendo la incorporación de valores y normas socialmente aceptadas, aportando a que se conciba como un sujeto de derechos y visualice a las demás personas también desde ese marco, problematizando las conductas que los expongan a situaciones de riesgo, como también que transgredan los derechos de los otros.

Se propone que el tutor/a desarrolle su quehacer desde un enfoque Socio Educativo y de Resiliencia, que fueron revisados en apartados anteriores, para lo cual requiere formación en esas temáticas. El tutor/a desarrolla principalmente su quehacer en los espacios cotidianos y naturales, en los cuales los niños, las niñas y los adolescentes desarrollan sus vidas, lo cual le permite comprender las características culturales de la comunidad y especialmente de la población infanto-juvenil. Desde ese lugar, interviene ampliando repertorios emocionales y conductuales, desarrollando habilidades sociales, entendidas como una conducta asertiva, que considera las dimensiones, cognitiva, emocional y moral (Segura, 2007). Desarrollando intervenciones con los grupos de pares debido a que en la etapa de la adolescencia, los otros de la misma edad cobran un valor fundamental y vinculando al niño/a o adolescente con recursos de la comunidad que puedan aportar a su bienestar, integración social y potenciador de recursos resilientes, por ejemplo, puede conectarlo con clubes deportivos, grupos de iglesia, organizaciones culturales, entre otros; considerando sus intereses y necesidades.

Es clave que el tutor planifique sus acciones, que estas se encuentren contempladas dentro del plan de intervención, aporten a la consecución de los objetivos y su quehacer sea retroalimentado por los otros profesionales del programa que se vinculan con el niño/a o adolescente y su familia.

Resulta fundamental destacar que, aunque para el niño/a o especialmente para el adolescente, el tutor/a puede ser significado como “un amigo o amiga”, éste debe conservar su lugar de referente adulto que interviene para aportar al mejoramiento de su bienestar.

- **Intervenciones terapéuticas individuales o grupales:** Que apunten a la resignificación y elaboración de las historias de vulneración de derechos, reparación del daño emocional, construcción de un proyecto de vida personal. Esta intervención es desarrollada principalmente por los profesionales psicólogos/as en espacios individuales y también grupales. También, podrían realizarse sesiones co-conducidas con los tutores/as o trabajadores sociales. Se recomienda que este tipo de intervenciones sean sustentadas desde un enfoque psicoterapéutico o psicosocial. Si los niños/as o adolescentes lo requieren, se recomienda efectuar intervenciones psicoterapéuticas, y gestionar la atención en dispositivo de salud mental o de la red local cuando se trate de problemáticas que superen la capacidad técnica de PIE. Las instancias grupales también podrán ser planificadas y ejecutadas en conjunto con los dispositivos complementarios (PDE y PDC) cuando las temáticas a trabajar sean comunes, para así evitar la duplicación de intervenciones, y aprovechar al máximo la multidisciplinariedad que se conjuga en el trabajo inter-equipos.
- **Talleres formativos y/o educativos (individual o grupal)** en derechos de la niñez o adolescencia, de auto-protección, de género, de desarrollo de habilidades sociales, entre otras actividades. Estas instancias también podrán ser desarrolladas en conjunto con los equipos complementarios.



- **Intervenciones con terapias complementarias u otras terapias³¹.** Se sugiere que el equipo que cuenta con las competencias y expertis acreditada en este tipo de terapias y los niños/as o adolescentes están interesados y sus adultos dan su consentimiento, la utilización de este tipo de terapias pueden aportar a la sanación emocional y a la disminución de sintomatología, que favorezca el proceso de resignificación general.

Es importante considerar que la terapia a utilizar no esté contraindicada con las características del usuario/a y los temas a trabajar estén contenidos en el Plan de Intervención.

- **Desarrollo de espacios artísticos/culturales/deportivos grupales.** Apuntan a ampliar el abanico de habilidades y desarrollo de recursos resilientes de los niños/as o adolescentes. Lo clave es considerar que estas metodologías son un medio que permite trabajar ciertas temáticas requeridas por el sujeto de atención, como, por ejemplo, habilidades sociales, auto-regulación de la conducta, estructuración de rutinas, uso adecuado del tiempo libre, entre otros aspectos, lo que debe intencionarse en su planificación en coherencia con los Planes de Intervención, considerándose los avances o retrocesos que se produzcan en estas instancias.

Es importante considerar las características personales de los participantes, como también, ciertas contraindicaciones, por ejemplo, de salud mental.

El tipo de taller tendrá que considerar los intereses de los niños/as o adolescentes e idealmente ser co-organizado por ellos. Reiterar que este tipo de instancias pueden desarrollarse en conjunto con los equipos complementarios, lo que puede ser un gran aporte para optimizar esfuerzos.

Debe resguardarse que este tipo de instancias no reemplace el trabajo tendiente a vincular a los niños, niñas o adolescentes a instancias del espacio local que cumplan funciones similares.

- **Vinculación con redes formales o informales** que puedan abordar temáticas que presenten los niños/as o adolescentes, de manera de aportar al ejercicio pleno de sus derechos. Esta tarea la pueden realizar principalmente los trabajadores sociales del equipo, y se espera que no sólo se incorpore a los niños/as o adolescentes en esta instancia, sino que se fortalezcan sus capacidades para buscar ellos mismos este tipo de instancias y vincularse, orientándose a la sustentabilidad del proceso de intervención una vez que sea egresado de PIE.

- ✓ **En el nivel familiar:** La intervención apunta a que los adultos fortalezcan sus habilidades, competencias y recursos para que ejerzan un rol de cuidado y protección adecuado a la etapa del desarrollo de sus niño/as o adolescentes, como también que asuman un rol normativo/afectivo claro y coherente, basado en una parentalidad/marentalidad bien tratante. El trabajo con los adultos de la familia es clave para tener logros tanto en la restitución de derechos, como en la interrupción de prácticas transgresoras.

En esta etapa se involucra al adulto responsable, o bien, con el que se trabajará para que lo sea, de acuerdo a los hallazgos del diagnóstico. Es importante continuar perseverando y desarrollando estrategias para involucrar a más de un adulto de la familia, especialmente figuras masculinas. Se tendrán que implementar las siguientes intervenciones:

- **Intervenciones terapéuticas con adultos responsables con enfoque familiar y de recursos:** en acápite anteriores se presentó el Modelo Contextual Relacional, basado en los recursos, ya que presenta una forma de intervención terapéutica con las familias que es coherente con los enfoques conceptuales del programa y contribuye estrategias que se apoyan en el reconocimiento de los recursos de la familia, establece un foco claro para intervenir y propone un vínculo terapéutico en

³¹ En concordancia a lo propuesto en anexo de terapias complementarias



el cual las personas tienen un rol activo. No obstante, se pueden utilizar otros que apunten a los propósitos ya señalados.

El objetivo es fortalecer las competencias/habilidades de cuidado protección y normativo de los adultos a cargo de la crianza del niño, niña o adolescente participante del programa. Para esto se sugiere ofrecer a las familias espacios terapéuticos individuales, como terapia familiar propiamente tal (si el equipo tiene formación para efectuarlo), consejerías, entrevistas familiares, sesiones familiares en el proyecto y/o domicilio, entre otras técnicas. Se entiende que en las intervenciones familiares participan adultos y niños/as o adolescentes, a menos que esto no sea viable técnicamente. No obstante, también es posible complementar esta intervención con sesiones dirigidas solo a adultos. Estos espacios pueden ser liderados por profesionales psicólogos/as con el acompañamiento de Trabajador Social y /o Tutor/a, dependiendo de la temática y experiencias del equipo.

- **Intervenciones psico-socio-educativas:** Pueden desarrollarse instancias individuales/familiares, como también, instancias grupales. Se pueden desarrollar talleres vinculares, talleres acerca de la etapa del desarrollo adolescente, encuentros familiares, talleres de masculinidad, relación padre/madre- hijo/hija, entre otras. Es fundamental considerar lo relevantes que resultan este tipo de instancias para los adultos a cargo de adolescentes, ya que les pueden permitir desarrollar una visión más positiva de esta etapa, disminuir la sensación de aislamiento respecto de sus problemáticas, y por tanto sentirse más capaces en su rol.

Es importante que los espacios grupales estén disponibles de manera permanente para las familias y no que tengan que alargar su permanencia en el programa a la espera del desarrollo de una instancia grupal.

Estos espacios podrían desarrollarse en co-facilitación con los dispositivos complementarios cuando corresponda.

- **Intervenciones Proteccionales:** Orientadas a brindar un contexto de protección al niño, niña y adolescente apuntando a la restitución de derechos e interrupción de prácticas transgresoras. Para ello, deberá revisarse de manera permanente las medidas de urgencia que se requiera tomar, como también informar a la familia, el niño/a o adolescente de las acciones tomadas. Además, se tendrán que realizar todas las acciones necesarias en Tribunales de Familia (o Fiscalía si corresponde) que se requieran para asegurar un contexto protector para los niños, niñas y adolescentes.

Resulta clave, además, incorporar a otros co-garantes que pudieran aportar en la protección de los derechos de los niños/as y adolescentes.

Se sugiere que sea el/a director/a del proyecto quien asuma la responsabilidad de estas acciones ante los niños, niñas o adolescentes y sus familias, para evitar generar un vínculo ambivalente con quienes intervienen directamente con ellos.

- **Intervenciones con terapias complementarias u otras metodologías terapéuticas innovadoras.** Al igual que como se sugirió en el nivel personal, los adultos podrán participar de terapias complementarias, si ellos están de acuerdo y el equipo cuenta con la expertise acreditada. También, es importante considerar otros tratamientos terapéuticos de los cuales pudieran estar participando las familias.

Es importante tener en consideración el criterio de flexibilidad para desarrollar intervenciones contextualizadas y facilitar el acceso de las personas al programa, desarrollando intervenciones en los entornos naturales de los niños, niñas, adolescentes, sus familias y los co-garantes; siempre que esto sea posible dada las características territoriales y recursos del proyecto, como también adecuar los



horarios de atención de manera de facilitar el acceso a la intervención a los adultos. Por ejemplo, si un grupo importante de usuarios/as proviene de un sector determinado, se propone implementar espacios de intervención en esos territorios; otra idea puede ser reunirse con los adultos en o cerca de sus espacios de trabajo.

✓ **En el nivel socio-comunitario:** El propósito es incorporar a distintos recursos del entorno familiar y/o socio-comunitario, que puedan aportar a la restitución de derechos, la resignificación de vulneraciones e interrupción de prácticas transgresoras, apuntando a que se constituyan en co-garantes de los derechos de la niñez y adolescencia. Estos recursos pueden ser personas, organizaciones o instancias de la comunidad y/o instituciones (escuelas, centros de salud, entre otros). Se sugiere involucrar a los recursos identificados en el ecomapa, así como abordar la significación que se les atribuye. También este nivel de intervención tiene un sentido más promocional en el sentido de aportar al ejercicio pleno de los derechos de los niños, niñas y adolescentes del programa. Se sugiere que este nivel de intervención sea principalmente abordado por trabajadores sociales y tutores/as por la formación que han tenido en este ámbito. Se promueve efectuar las siguientes acciones.

- **Intervenciones socio-educativas:** Difusión de los objetivos del programa y sensibilización respecto del enfoque de derecho en espacios comunitarios e institucionales vinculados con los sujetos participantes del programa, en tanto se constituyan en co-garantes de derechos. Se espera que también se entreguen herramientas de abordaje de vulneraciones de derecho y conductas transgresoras en los espacios en que se desarrollen estas capacitaciones.
- **Intervención en red:** En consideración a los factores estresores de la familia o a las características del niño, niña o adolescente, determinar otros recursos comunitarios o institucionales que se requieren movilizar, para contribuir al logro de los resultados y objetivos propuestos en el plan de intervención. Asimismo, la coordinación con las redes para las derivaciones en materia de salud mental, apoyo escolar, municipio, centro de atención de la violencia intrafamiliar, programa de droga para los adultos, entre otras instancias de intervención especializada.
- **Vinculación de los adultos y especialmente de los niños/as o adolescentes con actividades comunitarias del territorio en el cual se encuentran insertos.** Para ello, se requiere que PIE haya realizado un catastro o levantamiento de los recursos formales o informales del territorio vinculados con niñez y juventud, como pueden ser grupos deportivos, culturales, artísticos, de iglesia, entre otros. Abrir estas oportunidades para los sujetos de atención puede aportar a que se vinculen con pares que están en su misma etapa del desarrollo, que aportan al desarrollo de sus comunidades, como también, a la estructuración de una rutina y la construcción de un sujeto social, que aporta en sus territorios.

- **Revisión y actualización de Planes de Intervención (PII ó PIU)**

Las reuniones técnicas para revisar y eventualmente modificar el Plan de Intervención Unificado, deben necesariamente contar con la participación de todas las disciplinas del proyecto PIE que construyen y ejecutan el plan, así como de los proyectos complementarios en el niño, niña o adolescente se encuentre ingresado en dichos proyectos. En ese espacio participativo se entregarán visiones acerca de la intervención, discutiendo cambios observados, retrocesos, u otros sucesos que hayan ocurrido a lo largo de ésta. La evaluación de un caso siempre será una oportunidad de reconocer fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, con el objetivo de abordarlas y establecer mejoras al respecto.

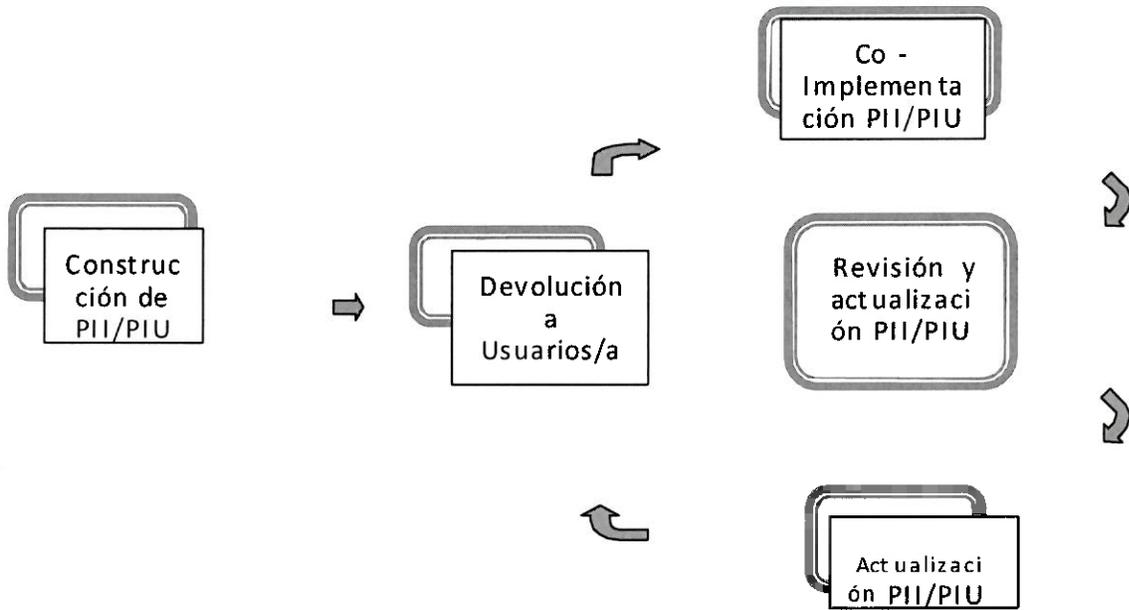
Del mismo modo podrá intencionarse un análisis acerca de la pertinencia de la presencia y abordaje de las disciplinas, apoyos requeridos, contactos establecidos con otros actores comunitarios, revisión



de situación familiar del niño, niña o adolescentes, revisar capacidad de impacto de la intervención y explicitar los nudos críticos.

Los análisis intermedios para evaluar los PII ó PIU desembocan naturalmente en una **actualización del Plan de Intervención**, el cual delineará los campos de acción que se visualizan más relevantes y que sean de importancia para el logro de objetivos en la intervención que se encuentra ofreciendo el circuito 24 Horas en conjunto y particularmente PIE. En este punto las disciplinas se cuestionan el impacto de la intervención y sus alcances, preguntándose acerca de la necesidad de reenfocar y reorientar acciones que estén dando escasos resultados. De no haberse logrado los objetivos y resultados propuestos se requerirá reflexionar respecto de nuevas estrategias interventivas que se requerirán implementar con la finalidad de producir los cambios esperados.

Cuando el plan de intervención ha sido actualizado, se debe realizar una devolución a los niños, niñas y adolescentes y sus familias, dando a conocer las principales modificaciones y la evaluación del proceso interventivo, destacando las fortalezas y logros observados durante el proceso. Esta devolución ayuda a crear un clima junto a las familias que generan confianza y cooperación en pos de la mejora de la intervención. En un nivel esquemático, lo que se ha dicho hasta aquí puede representarse del siguiente modo:



- **Evaluación de Proceso a los seis meses de ejecución del Plan de Intervención**

Tiempo Estimado: dos semanas

Propósitos
Evaluación del estado de avance del proceso de intervención, a realizar en conjunto con el niño, niña o adolescente y su familia, así como con el equipo del programa.



Identificar avances y dificultades que se han presentado en el proceso de intervención, para ajustar el plan de intervención de acuerdo a lo observado.

Detectar oportunamente nudos críticos en el proceso de intervención, adecuando las estrategias que se requieran para obtener los resultados que se esperan.

Acciones Mínimas:

- Evaluar con el niño/a o adolescente, su familia y los co-garantes -en conjunto o por separado-, la ejecución general del plan de intervención. Revisar qué logros perciben, si se han encontrado con obstaculizadores, reflexionar acerca de cómo abordarlos y acordar cómo continuar la intervención. Es importante realizar esta evaluación desde un enfoque positivo, fortaleciendo los avances, por pequeños que les parezcan a los usuarios/as y enfocando las dificultades como áreas de mejoramiento.
- Los mismos profesionales que participaron en el diagnóstico tendrán que involucrarse en esta evaluación intermedia. La revisión podrá estar enfocada a identificar si se lograron los objetivos y resultados propuestos en este plazo de seis meses, así como también, las metodologías y acciones que contribuyeron -o no- a alcanzar dichos objetivos y resultados. Además, se sugiere que el equipo interventor sea retroalimentado por otros integrantes del equipo con la finalidad de contar con una mirada externa que pueda observar *puntos ciegos*, o bien, aportar otra perspectiva a la intervención. También se puede invitar a esta revisión al gestor/a territorial y/o supervisor técnico.
- Considerando la visión de los sujetos participantes del programa y del equipo del programa, mantener o ajustar el plan de intervención, proponiéndose acciones y plazos para concluir la ejecución del mencionado plan.
- Se entiende que, si se han conseguido los objetivos y resultados propuestos en el plan, que permitan dar por superado el motivo de consulta y se ha contribuido al ejercicio de derechos que habían sido vulnerados, a la resignificación y/o a la interrupción de prácticas transgresoras, se continúa a la siguiente fase de plan de sustentabilidad de los cambios, de lo contrario se continúa con la ejecución del plan ajustado, lo mismo ocurre en el caso de que se haya elaborado un PIU.
- **De no haberse logrado los objetivos y resultados propuestos luego de una permanencia del niño/a y su familia de 18 meses en el programa**, se requiere efectuar una reunión de evaluación del caso en la cual se revise la intervención realizada y se decida la permanencia en el programa, o bien, si se requiere su derivación a otro programa especializado. De continuar interviniendo el programa, se requerirá reflexionar respecto de nuevas estrategias interventivas que se requerirán implementar con la finalidad de producir los cambios esperados.

Plan de Sustentabilidad

Esta etapa contempla la evaluación de los cambios producidos al llegar a la última fase de intervención, así como el diseño y ejecución de un plan de monitoreo, seguimiento y consolidación de los cambios.

Tiempo Estimado: 2 a 3 meses³².

- Evaluación al término de la ejecución del programa: 2 semanas.
- Monitoreo/Seguimiento/Consolidación: 2-3 meses.
- Hito de Egreso: Plazo máximo de permanencia en el programa, hasta 18 meses

³² Dependiendo de la extensión de los procesos anteriores, considerando que el plazo máximo total, desde la etapa de ingreso hasta el plan de sustentabilidad, es de 18 meses.



Propósitos
Evaluación con el niño/a o adolescente, su familia y los co-garantes de los objetivos y resultados esperados propuestos al término de la ejecución del último plan de intervención.
Evaluación de resultados del proceso de intervención en función de los instrumentos validados que se aplicaron en la etapa de profundización diagnóstica para cada uno de los ámbitos de intervención.
Evaluación con el conjunto del equipo del programa, y los programas complementarios en los casos en que se encuentran interviniendo en conjunto, los avances y dificultades para el logro de los objetivos y resultados propuestos al término de la ejecución del plan de intervención.
Consolidar los cambios producidos durante el proceso de intervención en relación a los objetivos que se establecieron, y principalmente respecto a la superación de situaciones de vulneración y/o transgresión de normas.
Desarrollar plan de sustentabilidad de cambios, es decir un plan de trabajo conjunto entre interventores y el niño, niña o adolescente y sus familias, y que permita a estos últimos desarrollar estrategias para mantener los logros obtenidos, así como para enfrentar posibles obstaculizadores que pudieran presentarse.
Realización de rito/hito de egreso con el niño/a o adolescente, su familia, e idealmente con los co-garantes y dispositivos complementarios.

Acciones Mínimas:

- Al igual que como se efectuó en la evaluación de proceso, se requiere revisar con el niño/a o adolescente, su familia y los co-garantes en conjunto o por separado, la ejecución general del plan de intervención.
- Revisar que logros perciben, que dificultades y que aprendizajes han surgido, entre otros aspectos. Es importante **efectuar la evaluación desde el enfoque centrado en recursos**, planteado en el acápite referido al Modelo Contextual Relacional. Es decir, relevar los cambios producidos y las estrategias que se han utilizado para *salir adelante*, fortaleciendo la auto-confianza y la capacidad de resiliencia del niño/a o adolescente y su familia. También es importante reforzar esta mirada positiva de resolver los problemas en los co-garantes de derechos, con la finalidad de que puedan apoyar en la sustentabilidad de los cambios desde un enfoque de recursos.
- Una técnica que puede contribuir a que la familia pueda evaluar su proceso es la realización de un FODA participativo.
- Evaluar nuevamente en esta etapa con el niño, niña o adolescente y los adultos si se requiere la inserción en instancias comunitarias a otros programas institucionales. O bien, si las derivaciones efectuadas se concretaron y su resultado.
- Aplicar el/los mismos instrumentos de evaluación parental/marental utilizados en el diagnóstico, con la finalidad de determinar los avances y logros. Los resultados compartirlos con la familia.
- Seleccionar instrumentos aplicados en el proceso de profundización diagnóstica para el ámbito personal y socio-comunitario y aplicarlos nuevamente para evaluar los avances y logros. La selección debe ser realizada en base a la pertinencia respecto a lo trabajado en el plan de intervención.
- Además, es importante que el equipo interventor revise el caso en reunión de equipo con Cuando el niño/a o adolescente con su familia se encuentra participando en dispositivos complementarios se realiza esta evaluación con todos los profesionales/técnicos intervinientes. Si los equipos se encuentran sincronizados respecto a las etapas de intervención, esta etapa debe



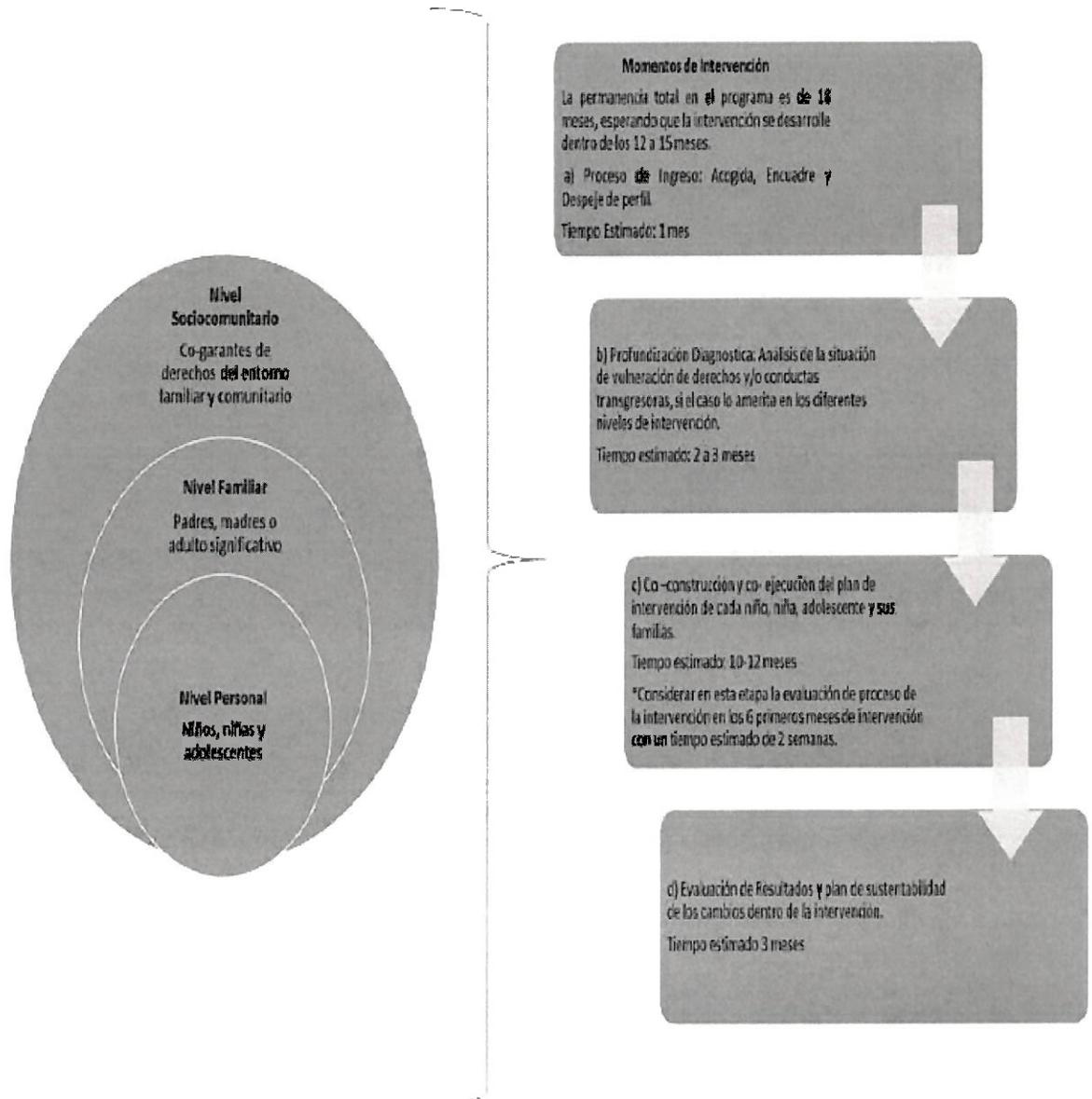
desarrollarse de manera conjunta como han sido las anteriores; cuando PIE finalizará la intervención con anterioridad, debe igualmente recoger e incorporar en esta etapa la visión de los equipos complementarios, así como mantener altamente informado a los otros equipos respecto a las acciones que se van desarrollando.

- Se sugiere, también, que el equipo revise la pertinencia de las metodologías utilizadas, los actores que se involucraron en la intervención, como también otros aspectos que pudieron haber contribuido o no al logro de los objetivos, con la finalidad de generar aprendizajes en el equipo y aportar a la mejora continua de la ejecución del programa.
- Tal como se señaló en la evaluación de proceso, si se han conseguido los objetivos y resultados propuestos en el plan, que permitan dar por superado el motivo de consulta y se han restituido el o los derechos vulnerados, resignificado las situaciones abusivas y/o interrumpido las conductas transgresoras, se continúa con el **plan de sustentabilidad** teniendo como norte el egreso.
- Se espera que la evaluación arroje los logros, pero también los aspectos que requieren ser reforzados en este plan, desde el punto de vista del equipo y de los participantes en su ejecución. Es recomendable, que se planteen temas a reforzar en el plan de sustentabilidad en el ámbito personal, familiar y socio-comunitario, con la finalidad de fortalecer los avances y darles continuidad a los cambios producidos.
- Es importante trabajar con el niño/a o adolescente la ansiedad que les puede producir desvincularse del programa. Asimismo, reforzar los recursos que han desarrollado y que pueden utilizar para enfrentar situaciones complejas en el futuro. Otro aspecto relevante es que reconozcan los recursos de su entorno, que pueden ser co-garantes y estar disponibles para la protección de los derechos del niño/a o adolescente.
- El **egreso** se produce cuando se cumplieron los objetivos principales del plan de intervención, y por lo tanto, **se ha interrumpido y superado la o las vulneraciones de derechos y/o conductas transgresoras del niño, niña o adolescente que originó la intervención del programa**. Como, asimismo, cuenta con un contexto protector que permiten dar sustentabilidad a los cambios producidos.
- Se sugiere efectuar un **hito/rito de egreso** con el niño/a o adolescente, su familia y los co-garantes si es pertinente, con la finalidad de que puedan visualizar el camino recorrido, los cambios producidos y valorar sus recursos, entre otros aspectos, así como entregar material que les oriente para enfrentar futuros obstáculos. La metodología para efectuar este rito puede ser de manera individual para cada caso o ceremonias de egreso con grupos de familias.

Es importante recordar que, en cualquier momento del proceso de intervención, de ser necesario, el programa deberá realizar las acciones para judicializar los casos que lo requieran, poniendo al Tribunal, o a la instancia que corresponda, en conocimiento de todos los antecedentes que permitan asegurar la protección de los niños, niñas y adolescentes. En las situaciones en que las problemáticas sean atingentes al perfil del programa el caso podrá seguir siendo atendido en el proyecto, de lo contrario se requiere realizar una derivación asistida, es decir, acompañar en este proceso a los usuarios/as, de modo de asegurarse que reciban la atención requerida

Cabe señalar, que en la medida en que sea implementada la modalidad de Programa de Intervención Integral Especializada, en el marco del Programa 24 Horas, las fases de intervención deberán ajustarse, a las nuevas disposiciones técnicas del Servicio.

6.6.4. Representación Gráfica Proceso de Intervención





VI. SOBRE EL EQUIPO

6.1 Criterios Generales

El Programa de Protección Integral Especializada, de la línea de acción Intervenciones ambulatorias de reparación se sustenta con aportes financieros del Estado de conformidad a lo establecido en la ley N° 20.032.

En este contexto el organismo colaborador deberá asegurar que el porcentaje máximo de recursos financieros esté dirigido al recurso humano de intervención directa, con lo que asegura la existencia de adecuadas capacidades técnicas y minimiza la rotación de estos equipos.

Los profesionales y técnicos deben ser seleccionados de modo de cautelar su idoneidad para el trabajo de intervención, entre otras, debe realizarse evaluación psicológica en el proceso de selección de integrantes del equipo.

Un aspecto necesario de considerar, debido a que es vital para el desarrollo del equipo y para la calidad en la atención, es la capacidad de tomar decisiones técnicas en conjunto. El elemento fundamental que debe orientar este proceso es la responsabilidad ética de desarrollar este tipo de intervención, potenciar acciones dentro de un enfoque de derechos, creatividad individual asociada a una dinámica colectiva, con el objetivo de generar un espacio de discusión y actualización técnica que facilite y oriente las decisiones e intervenciones, en resguardo de la calidad de la atención y por tanto de la seguridad y bienestar de la víctima.

Conjuntamente, se releva la necesidad de que las instituciones protejan los recursos profesionales mediante acciones de cuidado del equipo, así como la potencien la capacidad de los propios profesionales de cuidarse a sí mismos, especialmente por las altas demandas emocionales que implica realizar intervenciones con niños, niñas y adolescentes abusados, el elemento de contingencia permanente con los/as usuarios/as del proyecto, los contextos de precariedad en que ellos/as se desenvuelven y la escasez actual de servicios para atenderlos en todas su problemáticas, lo que sobrecarga a los equipos profesionales de mayores exigencias personales y profesionales.

Un buen diseño de proyecto debe contemplar ambos aspectos, la experticia y protección del equipo, previniendo la aparición del síndrome del estrés laboral crónico. El cuidado de los equipos debe ser parte del proyecto de funcionamiento del programa.

6.2 Gestión de Personas.

Se asume en las presentes orientaciones técnicas la relevancia de la Gestión de las personas, enfoque que tiene que ver con el desarrollo y con la importancia de cada persona para la organización, sus valores, comportamientos y su alineación con la misión del Servicio.

En la gestión de personas, el organismo colaborador deberá atenerse a los principios señalados en el artículo 2 de la ley N° 20.032, en los numerales que se indican a continuación:

5) La probidad en el ejercicio de las funciones que ejecutan. Todo directivo, profesional y persona que se desempeñe en organismos colaboradores deberá observar una conducta intachable y un desempeño honesto y leal de sus funciones con preeminencia del interés general sobre el particular.

6) Responsabilidad en el ejercicio del rol público que desarrollan. Las personas jurídicas que se desempeñen como organismos colaboradores del Estado serán civilmente responsables por los daños, judicialmente determinados, que se hayan ocasionado a raíz de vulneraciones graves de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes causados tanto por hechos propios como de sus dependientes, salvo que pruebe haber empleado esmerada diligencia para evitarlas. Lo anterior, sin perjuicio de la responsabilidad civil que por los mismos hechos pueda corresponderle a la persona natural que ejecutó los hechos. Lo dispuesto en el



párrafo anterior será igualmente aplicable a las personas naturales que se desempeñen como colaboradores acreditados”.

8) Objetividad, calidad, idoneidad y especialización del trabajo, que se realizará de acuerdo a las disciplinas que corresponda. Las orientaciones técnicas a las que se refiere el reglamento de esta ley establecerán, a lo menos, los requisitos, prestaciones mínimas y plazos que deberán cumplir tanto el Servicio como los colaboradores acreditados para asegurar el cumplimiento de este principio”

Complementariamente, en este marco, debe tenerse en cuenta los siguientes criterios a respetar en la contratación de las personas que ejecuten el respectivo proyecto:

Para la ejecución de cada proyecto se contará con el recurso humano más idóneo para su ámbito de trabajo/disciplina. Esto supone un sistema de selección de recursos humanos acorde a estos principios ya señalados de probidad, idoneidad de competencias profesionales, conocimiento de contexto territorial en proyecto específico, especialización en ámbitos de infancia y adolescencia.

Así como se realizará selección deben estar contemplados procesos de evaluación de la calidad del trabajo interventivo realizado en período de tiempo a definir. Será de conocimiento de todos los recursos humanos de la organización las causales de incumplimientos y sus sanciones, entre otros, la separación inmediata de sus funciones si se produce alguna situación reñida con las normas institucionales.

Se deberá considerar una evaluación psico laboral vigente, aquella que no tenga más de noventa días de realizada para el ingreso efectivo de cada trabajador/a, que postula a los cargos del proyecto.

Cada organismo colaborador deberá asegurar políticas de formación continua de los recursos humanos contratados para la ejecución de los proyectos³³, junto a políticas de cuidado de los mismos que prevenga el síndrome del burnout ya que este se convierte en factor adverso a la calidad de las atenciones que los niños, niñas y adolescentes requieren. La evidencia ha mostrado que la salud laboral para quienes intervienen en contextos emocionalmente demandantes como son las consecuencias en el desarrollo o comportamiento por efectos de las vulneraciones de derechos de la población atendida en el Servicio, en entornos de marginalidad o exclusión social o territorial, se ve alterada, apareciendo el estrés laboral crónico ya mencionado, por lo que la salud laboral debe ser parte de las políticas de cada organismo colaborador para asegurar la calidad y la pertinencia del trabajo proteccional a realizar.

Dentro de las acciones para prevenir el burnout se pide realizar supervisión clínica de casos al interior del equipo, las cuales pueden aportar en el abordaje de las evaluaciones, las intervenciones, en el nivel de reflexiones y metaanálisis de los casos.

Por otra parte, de conformidad al artículo 54 de la ley N° 21.302, el colaborador acreditado deberá contar con personal capacitado e idóneo para el ejercicio de las funciones que ejecute en el respectivo proyecto y deberá actuar conforme a los objetivos y principios establecidos en la ley N° 21.302. A su turno, el personal que tenga trato directo con niños, niñas y adolescentes deberá tener una salud mental y física comprobable compatible con el cargo, y las cualificaciones técnicas y/o profesionales necesarias para un correcto ejercicio del mismo. Para asegurar lo expuesto, el personal deberá someterse cada dos años a una evaluación de salud física y mental, lo que se establecerá en el respectivo convenio según su duración.

Para la contratación del personal que ejecutará el proyecto, deberán considerarse las prohibiciones e inhabilidades para trabajadores de colaborados acreditados, establecidas en el artículo 56 de la ley N° 21.302, que señala lo siguiente:

“a) Aquellas inhabilitadas para trabajar con niños, niñas y adolescentes o que figuren en el registro de

³³ El Organismo Colaborador responsable del proyecto deberá proveer o facilitar la participación del personal en procesos de capacitación, a fin de actualizar y profundizar conocimientos y prácticas para la intervención con niños, niñas, adolescentes y las familias.



inhabilidades para ejercer funciones en ámbitos educacionales o con menores de edad que lleva el Servicio de Registro Civil e Identificación en conformidad a la ley N° 20.594, que crea inhabilidades para condenados por delitos sexuales contra menores y establece registro de dichas inhabilidades.

b) Las que han sido condenadas por delitos en contexto de violencia y sus antecedentes se encuentren en el registro especial que para estos efectos lleva el Servicio de Registro Civil e Identificación en conformidad con la ley N° 20.066, que establece ley de violencia intrafamiliar.

c) Las que han sido condenadas por delitos contra la integridad sexual.

d) Las que han sido condenadas por delitos que hayan afectado o comprometido el patrimonio del Estado, especialmente en materia de malversación de caudales públicos.

e) Las que hayan sido condenadas o respecto de quienes se haya acordado una salida alternativa por crimen o simple delito contra las personas que, por su naturaleza, ponga de manifiesto la inconveniencia de encomendarles la atención directa de niños, niñas y adolescentes.

f) Jueces, personal directivo y auxiliares de la administración de justicia de los Juzgados de Familia creados por la ley N° 19.968. g) Los trabajadores de colaboradores acreditados en contra de los cuales se haya formalizado una investigación, durante el tiempo que dure dicha formalización, por crimen o simple delito contra las personas que, por su naturaleza, ponga de manifiesto la inconveniencia de encomendarles la atención directa de niños, niñas o adolescentes".

Asimismo, y respecto del personal que ejecutará el proyecto, deberá darse cumplimiento al artículo 11 de la ley N° 20.032, que dispone "Los colaboradores acreditados deberán velar porque las personas que, en cualquier forma, les presten servicios en la atención de niños, niñas y adolescentes demuestren idoneidad para el trato con ellos y, en especial, que no hayan sido condenadas, se encuentren actualmente procesadas ni se haya formalizado una investigación en su contra por un crimen o simple delito que, por su naturaleza, ponga de manifiesto la inconveniencia de encomendarles la atención directa de éstos o de confiarles la administración de recursos económicos.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 21 de la ley N° 19.628, los colaboradores estarán obligados a solicitar a los postulantes el certificado de antecedentes para fines especiales a que se refiere el artículo 12, letra d), del decreto supremo N° 64, de 1960, del Ministerio de Justicia, sobre prontuarios penales y certificados de antecedentes y a consultar al registro previsto en el artículo 6° bis del decreto ley N° 645, de 1925, sobre Registro Nacional de Condenas.

Semestralmente, el organismo colaborador acreditado deberá consultar el registro previsto en el artículo 6 bis del decreto ley N° 645, del Ministerio de Justicia, de 1925, sobre el Registro General de Condenas, respecto de las personas que, en cualquier forma, les presten servicios en la atención de niños, niñas y adolescentes.

También serán inhábiles para desempeñar labores de trato directo en organismos colaboradores acreditados, los que tuvieren dependencia grave de sustancias estupefacientes o sicotrópicas ilegales, a menos que justifique su consumo por un tratamiento médico o sea consumidor problemático de alcohol".

Conformación del equipo de trabajo y descripción de funciones.

La oferta programática requerida por el Servicio establecerá mediante el respectivo anexo del proceso concursal el número de trabajadores que se requiera específicamente por número de plazas.

En relación con los requisitos que deberá cumplir el Organismo Colaborador Acreditado para el pago del aporte financiero, se deberá considerar lo dispuesto en el artículo 30, letras a y b, de la ley N° 20.032, a saber:

"a) Contar con un 75 por ciento del personal conformado por profesionales y/o técnicos especializados acordes a la respectiva línea programática, incluyendo a quienes trabajen en trato directo con los niños, niñas y adolescentes. La especialización deberá acreditarse, ante el Servicio, mediante los respectivos títulos profesionales de grado y certificados de especialización o postgrado que lo avalen, con determinación específica y detallada del ámbito de su experticia. Tales antecedentes estarán disponibles para las autoridades competentes que los requieran". En particular para esta modalidad se entenderá para el cálculo del 75% todo el personal que se desempeñe en el proyecto, por ende, están incluidas las tutoras y el personal administrativo. Donde para el cálculo se consideran todos los turnos de tutores necesarios para cubrir lo exigido por las presentes Orientaciones Técnicas.



“b) Comparecer sus profesionales o peritos a declarar ante el tribunal a las audiencias a las que se les cite debido a su cargo o experticia, eximiéndose de esta obligación sólo cuando el tribunal los libere de ella, lo que será debidamente acreditado con copia autorizada de la respectiva resolución judicial que así lo señale.”

El Programa PIE 24 Horas, dado su carácter de intersectorialidad, de abordaje de múltiples problemáticas, de trabajo complementario con equipos especializados y los distintos niveles de intervención que aborda, requiere un modo de organización del equipo de intervención, a partir de formaciones y competencias, con un importante nivel de articulación interna (entre lo individual, lo grupal, lo territorial, lo intersectorial) que permita la optimización de recursos y competencias en pos de la atención de cada niño, niña o adolescente ingresado/a.

Bajo esta forma de organización, se favorece la conformación de equipos multidisciplinarios, a la vez que se promueve un trabajo equitativo, ajustado a los recursos del proyecto, y con mayor capacidad de instalación en los espacios cotidianos de cada niño, niña, adolescente y familia atendida. Las formas en que el equipo se organice y se gestione el proyecto deben ser consideradas a su vez como importantes estrategias que favorecen el autocuidado de los equipos, que contribuyen a prevenir la ocurrencia de procesos de burn-out y rotación de personal.

Se debe considerar la incorporación de profesionales del área social, técnicos y personal de apoyo administrativo. La constitución de este equipo debe velar por una conformación multidisciplinaria, con formación técnica o profesional acreditada, que favorezca una perspectiva comprensiva e integral de análisis e intervención. Deben contar con título profesional o técnico en el área de las ciencias sociales; en educación social, psicoeducación o profesiones afines; así como con formación y/o experiencia en intervención clínico-comunitaria con niños, niñas y adolescentes; intervención familiar y/o de trabajo en redes.

La totalidad del equipo debe contar con motivación para el trabajo con niños, niñas, adolescentes y sus familias; condiciones para el trabajo en equipo inter y transdisciplinario; competencias (en tanto conocimientos, habilidades y destrezas) para desarrollar relaciones igualitarias en el trabajo individual y grupal tanto con niños, niñas, adolescentes y familias, así como para intervenir en los distintos niveles que contempla el programa y disposición al trabajo en terreno, todo lo anterior sobre la base de un accionar centrado en las orientaciones de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Particular atención deberá prestarse en la selección del coordinador/a del proyecto dada la particularidad del énfasis de esta modalidad como parte de un sistema de atención que se pone en juego en las interacciones con otros proyectos, y las implicancias que ello conlleva a la distribución de funciones al interior del equipo y la gestión de adecuados procesos de coordinación con otros proyectos, los que estarán a cargo del coordinador/a. El liderazgo ejercido por quien coordine es fundamental para el desarrollo adecuado del proyecto.

En consideración, a los resultados de estudios realizados por el Servicio respecto del perfil del sujeto participante del programa, es que se permite que en las presentes Orientaciones Técnicas el Organismo Colaborador Acreditado, en función de **un diagnóstico fundamentado del entorno y de la potencial población usuaria**, opte por una de las dos conformaciones de equipo que permite en este documento. Es así que, se señala que la modalidad tiene un equipo base compuesto por un Director/a, dos Psicólogos/as, un Trabajador Social y dos Tutores. Si el diagnóstico de la población infanto-adolescente, como de las características del territorio, indican que las problemáticas más frecuentes están más centradas en la vulneración de derechos, se suma a la conformación del equipo un Trabajador/a Social con la finalidad de apoyar los procesos de resignificación de dichas vulneraciones de derechos. En cambio, si el diagnóstico de la población usuaria y sus contextos indican que las temáticas muestran una tendencia hacia la trasgresión



de normas, al equipo base se adicionará dos tutores/as que principalmente intervendrán en procesos de abordaje de dichas conductas.

• Conformación de equipo 1):

Cargo	Cantidad
Director/a	1
Psicólogo/a	2
Trabajador/a Social	2
Tutores/as	2

• Conformación de equipo 2):

Cargo	Cantidad
Director/a	1
Psicólogo/a	2
Trabajador/a Social	1
Tutores/as	4

6.3. Funciones básicas del equipo

Cargo: Director/a	Cantidad: 1	Horas: 44 horas
<p>Propósito del cargo: El Director/a de PIE representa al proyecto ante el Servicio y es el profesional responsable de la implementación del proyecto adjudicado, bajo estándares de calidad, velando por su adecuado funcionamiento y cumplimiento de los objetivos de la modalidad, a fin de garantizar la superación de situaciones de vulneraciones de derecho y la interrupción de conductas transgresoras en los niños, niñas y adolescentes atendidos. Su perfil corresponderá a:</p> <p>Requisitos: habilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de liderazgo en la conducción de equipos psicosociales. • Capacidad para planificar, organizar y orientar al equipo hacia el logro de resultados. • Habilidades personales para el trabajo colaborativo con su equipo y otras instancias relacionadas con la modalidad. • Capacidad para comunicar ideas e instrucciones de manera clara, escuchar y considerar las opiniones técnicas de su equipo u otros. • Capacidad de analizar, resolver y actuar ante situaciones complejas, conflictos o crisis. • Formación y experiencia en el trabajo coordinado con Tribunales de Familia. • Habilidades personales para el trabajo complementario dentro y fuera del circuito 24 horas. <p>Principales responsabilidades, funciones y tareas del Director/a</p>		



- Orientar la ejecución del proyecto de acuerdo al convenio suscrito entre su institución colaboradora y el Servicio, cumpliendo con los requerimientos que corresponda.
- Conocer las orientaciones técnicas y administrativas (resoluciones, circulares, oficios, otros) establecidas por el Servicio, y difundirlas entre el personal de PIE para su cumplimiento, según corresponda.
- Generar un clima organizacional adecuado para el desarrollo del proyecto, bajo conceptos de trabajo de equipo y colaboración interdisciplinaria, en forma permanente.
- Administrar los recursos financieros entregados por la institución colaboradora, y/o solicitarlos, a fin de generar condiciones de infraestructura, equipamiento y materiales, acordes a las necesidades de la población atendida.
 - Resguardar la confidencialidad de la información sobre los niños, niñas y adolescentes, asegurando además que el equipo de trabajo también lo haga.
 - Informar y requerir, oportunamente, a la institución colaboradora, la disponibilidad de los recursos humanos necesarios, y según lo definido por el Servicio, para el cumplimiento de los objetivos de la modalidad, en caso de vacancia o necesidad de rotación del personal.
 - Conducir técnicamente al equipo respecto de los procesos de intervención psicosocial con los niños, niñas, adolescentes y sus familias.
 - Coordinar y supervisar los procesos de intervención desarrollados con la población atendida, como también del funcionamiento interno de PIE, a fin de garantizar la protección de los niños, niñas y adolescentes.
 - Representar a la modalidad ante Tribunales de Familia y otras instancias relacionadas con su quehacer, participando con especial énfasis en reuniones de la red intersectorial, mesas de trabajo, reuniones bilaterales con otros servicios o instituciones del intersector y de la red programática del Servicio.
 - Participación en la Mesa de Gestión de Casos del circuito 24 horas en su comuna. Contemplar la designación de otro profesional en situaciones debidamente justificadas y sólo de fuerza mayor.
- Responsable de favorecer la articulación y complementariedad entre los proyectos del circuito 24 horas de la comuna.
- Responsable de elaborar protocolos de complementariedad con dispositivos especializados del circuito 24 horas de la comuna.
- Articular acciones con representantes de organizaciones de base y gobierno local.
- Velar por la adecuada articulación del PII y/o PIU de cada uno de los usuarios atendidos dentro del circuito 24 horas y otros dispositivos a nivel local que intervienen de manera simultánea.
- Supervisar y asesorar técnica y administrativamente al personal de PIE en el cumplimiento de su rol de forma continua.
- Liderar y participar en los hitos de acogida al ingreso de los niños, niñas, adolescentes y familias. Monitorear el proceso de vinculación de éstos en PIE.
- Informar al respectivo Tribunal de Familia cualquier evento que afecte la integridad de alguno de los niños, niñas o adolescentes ingresados a PIE, indistintamente del lugar de ocurrencia.
- Adoptar todas las medidas de protección y seguridad que requieran los niños, niñas o adolescentes cuando se vean afectados en su integridad, activando los correspondientes protocolos, mientras el Tribunal de Familia, Sename y la institución colaboradora, se informan y/o gestionan, y/o adoptan las medidas judiciales y/o administrativas, según corresponda con



el objetivo de no interferir en el vínculo de los profesionales con las familias informando a éstas últimas del proceso.

- Coordinar las reuniones técnicas del equipo PIE y proponer acciones que contribuyan al objetivo de los PII o PIU cuando corresponda.
- Supervisar que se registre adecuada y oportunamente la información requerida en base de datos institucional.
 - Supervisar el cumplimiento de todos los registros relacionados con la intervención psicosocial del niño, niña, adolescente y su familia.

Cargo: Profesionales	Cantidad: 1 o 2 Trabajadores/as Sociales (dependiendo del diagnóstico territorial) 2 Psicólogos/as	Horas: 44 horas por cada profesional
-----------------------------	--	---

Propósito del cargo

a) Trabajadores/as sociales y psicólogos/as serán responsables del desarrollo de las evaluaciones diagnósticas, diseño, ejecución de los PII en los casos donde sólo interviene PIE y PIU en los casos donde exista complementariedad con otros dispositivos del circuito 24 horas, así como del plan de sustentabilidad. En relación a ello, estos profesionales serán responsables de la evaluación de procesos de los PII o PIU en los casos que corresponda, para la toma de decisiones sobre la intervención en desarrollo.

b) En el caso de los trabajadores (as) sociales, deberán realizar un trabajo enfocado a la gestión de redes comunitarias con los niños, niñas, adolescentes y sus familias. Sin embargo, es importante considerar además las competencias de estos profesionales en el ámbito de intervención familiar por lo que se les puede incorporar en este ámbito cuando se considere que podría favorecer el proceso de intervención de acuerdo a cada caso.

c) En el caso de los psicólogos (as) su trabajo se enfoca en procesos terapéuticos ya sea a nivel familiar y/o a nivel personal con los niños, niñas y adolescentes. Por otro lado, considerar las competencias de estos profesionales no sólo en ámbitos de la intervención sino también sobre la intervención comunitaria y gestión intersectorial según lo requiera el caso.

Requisitos: habilidades

- Título de educación universitario de psicólogo/a y trabajador/a social
- Capacidad para el trabajo en equipo y transferencia técnica a los tutores.
- Habilidad para la resolución de conflictos en situaciones de crisis generando espacios de contención.
- Habilidad para reconocer indicadores de riesgo en los niños, niñas, adolescentes y en adultos participantes de los procesos de intervención.
- Capacidad de vinculación positiva con las familias fomentando la empatía y el respeto a su contexto en la intervención.
- Capacidad de escucha activa, empatía, confianza y buen trato hacia los niños, niñas, adolescentes y familias.
- Capacidad y conocimientos para modelar, acompañar y supervisar dinámicas familiares formativas y educativas que favorezcan el bienestar de los niños, niñas y adolescentes, según especialidad.



Principales responsabilidades, funciones y tareas de Trabajadores/as Sociales y psicólogos/as:

- Resguardar la confidencialidad de la información sobre los niños, niñas, adolescentes y familias que participan del proyecto.
- Evaluar las situaciones psicosociales de los niños, niñas, adolescentes, sus familias y las redes comunitarias, con fines de levantamiento del plan de intervención.
- Aplicar instrumentos de evaluación al niño, niña, adolescente y familia, según las características y necesidades de éstos. Esto debe incluir obligatoriamente evaluación de competencias parentales y de consumo de drogas de acuerdo a lo señalado en las presentes orientaciones técnicas.
- Diseñar, desarrollar y conducir los PII con niños, niñas y adolescentes ingresados a PIE y sus familias, de acuerdo a su competencia profesional, asegurando la participación de los usuarios.
- Participación en la elaboración de DIU y PIU en los casos que requieran de complementariedad.
- Promover la participación activa y constructiva de los niños, niñas, adolescentes y sus familias en la intervención.
- Promover el desarrollo de capacidades y potencialidades de los niños, niñas, adolescentes y sus familias en la intervención.
- Promover la responsabilización y empoderamiento de la familia como co garante y figura protectora en el desarrollo de la intervención.
- Fortalecer el ejercicio de una parentalidad y parentalidad positiva bien tratante con los niños, niñas y adolescentes que ingresan a PIE.
- Contribuir con los procesos de resignificación sobre el vínculo de los niños, niñas y adolescente con su familia, pares o amigos y la comunidad.
- Gestionar y coordinar la vinculación a redes formales y comunitarias tanto para los niños, niñas y adolescentes atendidos, como para su familia con la red intersectorial y de protección social del espacio local.
- Realizar derivación asistida -cuando corresponda- de niños, niñas, adolescentes y sus familias ya sea a la oferta de Programas del Servicio, circuito 24 horas o redes instituciones y comunitarias.
- Promover la participación del Programa 24 horas en redes locales para la promoción de una cultura de derechos de la niñez y la adolescencia.
- Desarrollar intervenciones en terreno con las familias, mediante metodologías diferenciadas y técnicas tales como: visitas domiciliarias, consejería y modelaje de conductas protectoras.
- Realizar seguimiento de las intervenciones previamente coordinadas con otros servicios o instituciones, para retroalimentación y evaluación de los procesos.
- Otorgar apoyo técnico a tutores en los procesos de intervención con los niños, niñas, adolescentes y familias.
- Participación en reuniones técnicas del equipo de PIE, con la finalidad de analizar los procesos de intervención y adoptar acciones que permitan avanzar hacia el logro de objetivos en los tiempos propuestos.
- Colaborar con el trabajo complementario con los equipos de PDE y PDC y con los demás integrantes del circuito 24 horas.
- Mantener actualizado el catastro de organismos e instituciones locales y extensas consideradas redes de apoyo.
- Registro de la información requerida en SIS Mejor Niñez y en carpeta individual (todas las acciones realizadas a partir del PII o PIU deben ser registradas en carpeta y en el Sistema de Información).



- Elaboración de informes de avance para Tribunales de Familia en los plazos definidos por dicha institución y para los casos que corresponda.
- Participación en audiencia y cumplimiento de gestiones instruidas por los Tribunales de Familia.
- Informar al Director/a del proyecto, y solicitarle que tome las medidas de urgencia necesarias, ante cualquier evento que afecte la integridad de alguno de los niños, niñas o adolescentes ingresados a PIE, indistintamente del lugar de ocurrencia.

Cargo: Tutores (as)	Cantidad: 2 o 4 dependiendo del diagnóstico territorial	Horas: 44 horas por profesional
<p>Propósito del cargo: Los tutores (as) tienen como objetivo la plena ejecución de los PII o PIU, según corresponda, en donde deben desplegar estrategias socioeducativas para generar oportunidades de desarrollo de resiliencia con los niños, niñas y adolescentes. Por otro lado, en el nivel familiar se constituye desde el rol de guía de los adultos significativos en cuanto a su relación con los niños, niñas y adolescentes considerando las características particulares de cada territorio en cual desarrollan su intervención. Son quienes se constituyen en el principal enlace entre la intervención y el territorio, pues se espera que sus labores sean desarrolladas esencialmente en el contexto del que forman parte los niños, niñas y adolescentes.</p> <p>Requisitos: habilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda personal técnico, preferentemente Técnico/a Social o Educador/a especializado, o Asistente de Educación. • Capacidad y habilidades para crear, aportar y desarrollar intervenciones formativas, educativas, recreacionales y sociales que contribuyan al desarrollo de habilidades de los niños, niñas y adolescentes. • Capacidad para trabajo en equipo y en complementariedad con otros programas. • Habilidad para la resolución de conflictos en situaciones de crisis presentadas por niños, niñas, adolescentes y familias. • Capacidad para establecer relaciones basadas en el respeto y buen trato. • Capacidades para trabajar a presión y tolerancia a la frustración. • Capacidad para centrarse en las necesidades de los niños, niñas, adolescentes y sus familias fomentando sus recursos personales. <p>Capacidad para delimitar las relaciones que se generan tanto con los niños, niñas y adolescentes como con sus familias respecto al ámbito personal y/o profesional.</p> <p>Principales responsabilidades, funciones y tareas de los tutores (as):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resguardar la confidencialidad de la información sobre los niños, niñas, adolescentes y familias que participan del proyecto. 		



- Integrarse y formar parte del equipo de intervención, manteniendo una comunicación fluida, eficaz y permanente con éste.
- Incorporarse a la planificación y desarrollo de intervenciones, retroalimentando periódicamente al equipo de PIE sobre la evolución de la población atendida según su proceso de intervención.
- Apoyar el trabajo en red, desarrollando gestiones con los establecimientos de salud, educación, organizaciones comunitarias u otros, en acuerdo con el equipo técnico.
- Participar en las reuniones técnicas del equipo y colaborar con los procesos de resignificación, desarrollo de habilidades sociales, estrategias de resolución de conflictos de los niños, niñas y adolescentes.
- Promover la participación y protagonismo de los niños, niñas y adolescentes como sujetos activos de transformación de sus propias realidades.
- Asumir rol de guía con los adultos significativos de acuerdo a su relación con los niños, niñas y adolescentes, considerando las características del territorio en el cual se desarrolla la intervención.
- Planificación y elaboración de la intervención socioeducativa con los niños, niñas y adolescentes de acuerdo a los objetivos planteados en el PII o PIU respectivo.
- Comprensión de valores culturales de los niños, niñas, adolescentes y sus familias para incorporar esta perspectiva en la intervención.
- Potenciar el empoderamiento y participación de los niños, niñas, adolescentes y sus familias en la intervención.
- Contribuir a la resolución de conflictos de forma pacífica por parte de los niños, niñas, adolescentes y sus familias.
- Contribuir a la elaboración de un proyecto de vida independiente de los adolescentes que se encuentren en etapa del ciclo vital en que se requiera abordar esta temática.
- Fortalecimiento de habilidades sociales de los niños, niñas y adolescentes que permitan un mayor equilibrio entre su bienestar personal y colectivo.
- Contribuir al trabajo coordinado con los dispositivos complementarios y además con el circuito 24 horas en su conjunto.
 - Apoyar el proceso de derivación asistida a los dispositivos de la red de programas de Mejor Niñez, circuito 24 horas, redes institucionales y comunitarias.

VII. SOBRE LOS RECURSOS MATERIALES

7.1 Respetto del inmueble de funcionamiento.

Con relación al inmueble donde funcione el proyecto debe considerarse:

- Inmueble adecuado a las necesidades del proyecto: 2 oficinas o salas pertinentes, baños para el personal y para público accesible a niños/as, sala de recepción, sala de reuniones y en lo posible patio.
- Sala terapéutica habilitada con espejo unidireccional (deseable si se considera trabajo de supervisión de los tratamientos).
- Debe permitir una atención personalizada.



- Los estándares mínimos de higiene y seguridad a considerar implican adecuarse a la 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).

Si el colaborador resulta adjudicado, para la firma del convenio se solicitará a entregar los documentos correspondientes que acrediten que contará con dicho inmueble al momento de inicio del convenio, esto es, título de dominio, contrato de arriendo, comodato, destinación u otra forma de garantizar que se contará con aquél.

Será importante considerar, dentro de las condiciones de infraestructura, se cuente con una autorización sanitaria y equipamiento, que éstas puedan constituirse además en un aporte para los procesos de intervención complementarios a desarrollar en conjunto con los equipos de los proyectos de reinserción educativa e intervención clínica por consumo problemático de drogas, en aquellos casos que lo requieran.

7.2 Respeto del equipamiento.

- Stock de materiales de oficina.
- Impresora.
- Computadores con sistema Operativo Windows 10 pro
- Conexión a Internet: Fibra óptica o inalámbrica acorde al proyecto (200 megas)

El equipo computacional se requiere para ingresar y registrar los datos de niños, niñas y adolescentes al Sistema Integrado de Información, Seguimiento y Monitoreo (SIS) de Mejor Niñez, por tanto, es necesario contar con éstos desde el inicio de ejecución del proyecto.

7.3 Sobre el registro

La entrada en vigencia de la Ley N° 21.302 que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y el trabajo desarrollado para su implementación, ha exigido consolidar el proceso de mejoras de la otrora plataforma informática SENAINFO que inició el Servicio Nacional de Menores, a objeto de optimizar su manejo, tanto a nivel de ingreso, disposición de información y adecuación de variables e indicadores pertinentes a la operación por parte de los colaboradores acreditados y de administración directa del Servicio, dejando de esta forma, ser una mera plataforma para pago de subvenciones.

Es así, como el actual Sistema Integrado de Información, Seguimiento y Monitoreo SIS Mejor Niñez se crea a fin de responder a la citada ley que, en su artículo 31 establece que, el deber del servicio de crear y administrar un sistema integrado de información, que tendrá como objetivo el seguimiento de niños, niñas y adolescentes, sujetos de atención del Servicio y de sus familias y el monitoreo de las prestaciones que reciben. Agrega que los colaboradores acreditados, estarán obligados a proporcionar la información necesaria que el servicio les solicite para el sistema de registros y para el cumplimiento de sus funciones.



VIII. SOBRE LA EVALUACIÓN

El proyecto será evaluado de conformidad a lo normativo vigente, las instrucciones dictadas por el Servicio, lo dispuesto en las bases y anexos del proceso concursal respectivo, así como, el convenio que se suscriba entre el Servicio y el organismo colaborador acreditado. Los plazos para la evaluación de los convenios se indicarán en las respectivas bases de licitación.

Respecto de la evaluación ex ante de los proyectos, en períodos que éstos deben someterse a un proceso de licitación, de conformidad al artículo 25 de la ley N° 20.032, deberá ponderarse:

- a) La idoneidad, oportunidad y calidad de la propuesta técnica de intervención orientada a la reparación y restitución de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.
- b) La propuesta de gestión de redes para el acceso oportuno a las prestaciones de educación y salud de los niños, niñas y adolescentes.
- c) En el caso de centros de residencias, se incluirán las acciones tendientes a la revinculación familiar o la búsqueda de una medida de cuidado definitivo con base familiar.
- d) Además de los principios indicados en el artículo 2 de la ley N° 20.032.

Por otra parte, la evaluación ex post de los convenios de acuerdo con el artículo 36 de la ley 20.032, dispone que el Servicio se dirigirá a verificar (al menos una vez al año):

1. El respeto, la promoción y la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, y de sus familias.
2. El cumplimiento de los objetivos del convenio.
3. El logro de los resultados esperados especificados en el respectivo convenio.
4. La calidad de la atención que reciben los menores de edad y sus familias, el estado de salud y de educación de los niños, niñas y adolescentes que en ella residan, y las condiciones físicas del centro de residencia, en su caso.
5. Los criterios empleados por el colaborador acreditado para decidir el ingreso y el egreso de niños, niñas o adolescentes.
6. La administración transparente, eficiente, eficaz e idónea de los recursos que conforman la subvención, de conformidad con los fines para los cuales aquella se haya otorgado, según la línea de acción subvencionable que corresponda.

Además, deberán considerarse como criterios objetivos, al menos los siguientes:

- a) Otorgar un trato digno y respetuoso a los niños, niñas y adolescentes.
- b) Revinculación familiar o la búsqueda de una medida de cuidado definitivo con base familiar.
- c) Asistencia oportuna en el acceso a las prestaciones de educación y salud de los niños, niñas y adolescentes.
- d) Idoneidad y pertinencia de la intervención ejecutada por los organismos colaboradores orientada a la restitución de los derechos de los niños, niñas y adolescente.



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aburto, A y Arévalo, S (S/F) El Reconocimiento del otro: Hacia estrategias de intervención familiar con pertinencia cultural mapuche. Fundación La Frontera
- Aguayo, F y Sadler, M. (2011). Masculinidades y Políticas Públicas. Involucrando hombres en la equidad de género. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Aron A.M., Sinclair, C., Llanos, M.T. (2012) La inclusión de la familia y las redes en el trabajo con niños y jóvenes. Curso Marcos de referencia para el diagnóstico e intervención con niños y jóvenes del Programa Vida Nueva. Universidad Católica.
- Artigas, C (2003) La incorporación del concepto de derechos económicos, sociales y culturales al trabajo de la Cepal”, CEPAL.
- Barudy, J. Dantagnan, M. (2005) “Los Buenos tratos a la Infancia: Parentalidad, Apego y Resiliencia”. Barcelona;”. Editorial Gedisa.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010) Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Ed. Gedisa, Barcelona.
- Battle, S. (2007). Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques: Enfoque Cognitivo-Conductual. enero 27, 2017, de universidad Autónoma de Barcelona Sitio web: <https://es.scribd.com/document/324742990/enfoque-cognitivo-coductual-pdf>
- Benito, R. (2020). Las bases neurobiológicas del apego: El modelado del sistema nervioso a través de la figura significativa. Seminario Internacional “Desafíos actuales del abordaje del trauma infantil”. De la Neurobiología a la Clínica, Pontificia Universidad Católica de Chile, 14 de enero de 2020.
- Berlin, L., Zeanah, C., & Lieberman, A. (2008). Prevention and intervention programs for supporting early attachment security. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (p. 745–761). The Guilford Press.
- Bernales, S (2012). Tendiendo Puentes Entre la Familia y Las Instituciones. Reflexiones sobre la Experiencia de Intervención en el Departamento Psicosocial del ICHTF. Revista de Familias y Terapias del Instituto Chileno de Terapia Familiar, año 21 Nº32, 20012 53-72.
- Biblioteca del Congreso Nacional, La Familia. Extraído desde: <http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil/http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil/http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil/>
- Castillo, R (2009) El trabajo en red. Reflexiones desde una experiencia. Revista Zerbitzvan N° 46 paginas 149-162
- Céspedes, A. (2010). “El estrés en niños y Adolescentes, en busca del paraíso perdido”. Ediciones B Chile.
- Cillero, M (s.f.). Infancia, Autonomía y Derechos: una cuestión de principios.
- Comisión Internacional de Derechos Humanos (s.f). ¿Qué son los derechos humanos?. Documento. Extraído desde: <http://www.cndh.org.mx>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2016) “Declaración Universal de los Derechos Humanos” Extraído desde: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human->



[rights/index.html](http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/index.html)
[rights/index.html](http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/index.html)

Cyrulnik, B. (2009) Autobiografía de un Espantapájaros, Editorial Gedisa, Barcelona, España.

Cyrulnik, B. (2013) Los Patitos Feos, Editorial Debolsillo, Barcelona, España.

CONACE (2004) Drogas, Tratamiento y Rehabilitación de Niños, niñas y adolescentes: Orientaciones técnicas desde una mirada comprensiva evolutiva.

CONACE (2007) Norma Técnica adolescentes infractores.

Convención sobre los Derechos del Niño. Extraído el 24 de enero de 2017 de:
<http://unicef.cl/web/convencion-sobre-los-derechos-del-nino/>

Cortes, A., (2002): la contribución de la psicología ecológica al desarrollo moral. Un estudio con adolescentes. Universidad de Zaragoza. Extraído el 12 de noviembre de

2016 de: http://www.um.es/analesps/v18/v18_1/07-18_1.pdf

Dabas, E (2011) Haciendo redes. Perspectivas desde prácticas saludables. Ediciones Ciccus. Buenos Aires. Argentina

Dabas (2001) Red de Redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales. Edición PAIDOS. Buenos Aires. Argentina

De La Paz, P. (2011) La Intervención en Trabajo Social desde la perspectiva de las fortalezas, Cuadernos de Trabajo Social, vol.24, pág. 155-163. http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2011.v24.36865.

Di Bartolo, I. (2018). El Apego. Cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos. Clínica, Investigación y Teoría. Lugar editorial.

Emakunde, Instituto Vasco de la Mujer (1998). Guía Metodológica para Integrar la Perspectiva de Género en proyectos y Programas de Desarrollo.

Fundación Paréntesis & SENAME (2012) Guía de Apoyo Proyecto de Capacitación en Entrevista Motivacional. En www.sename.cl

Fundación Todo Mejora (2013). Orientaciones de atención a niños, niñas y adolescentes lesbianas, gay, bisexuales trans para profesionales de salud mental.

Fundación Todo Mejora (2013). Capacitación "Sensibilización a funcionarios SENAME en torno a la prevención del suicidio adolescente de la población LGBT".

Fundación Todo Mejora. Un Desafío para Todos, El Billying Homofóbico es Universal (2016). Extraído el 24 de Enero de 2017 de: <https://todomejora.org/wp-content/uploads/2016/03/TM-Informe-Un-Desafio-Para-Todos.pdf>

Instituto Interamericano del niño (1990) Directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil, o Directrices de Riad. Extraído el 24 de Enero de 2017 de: http://iin.oea.org/cd_resp_penal/documentos/0043889.pdf

García, F. (2001): "Modelo Ecológico Mesa Redonda: Conceptualización del desarrollo y la Atención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas Modelo Ecológico / Modelo Integral de



Intervención en Atención Temprana” Francisco Dpto. de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Universidad de Murcia. Extraído el 12 de Noviembre de 2015 en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/modelo_ecologico_y_modelo_integral_de_intervencion.pdf

Gil, A (2015) Redes Sociales en el Trabajo Social. Apuntes para la praxis profesional, Revista Eleuthera, 12, 181-196

GIZ, Cooperación Alemana para el Desarrollo (2011). Transversalización del Enfoque de Género en Programas y Proyectos de Sector Gobernabilidad. Propuesta Metodológica desde la Experiencia del Programa Gobernabilidad e Inclusión en el Perú.

Gomez, E, Muñoz, M y Haz, A (2007) Familias Multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. Revista Psykhe, vol. 16, número 002 Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. Pp 43-54

Good Lives Model (s.f). Descripción del modelo. En <http://www.goodlivesmodel.com/index.php>

Henderson, E (2006). La Resiliencia en el Mundo de Hoy: Como Superar las Adversidades. Barcelona: Editorial Gedisa.

Hidalgo, V. (2005). “Cultura, Multiculturalidad, Interculturalidad y Transculturalidad: Evolución de un Término”, En Revista Universitas Tarraconensis, Revista de Ciencias de la Educación. , Nº 1, 2005, págs. 75-85 España

Jiménez, A, Rodríguez N. (2002) “Resignificación de las experiencias de desplazamiento en un grupo de niños a través de la construcción de su proyecto de vida”. Universidad de la Sabana. Facultad de Psicología. Bogotá D.C.

Ley Nº 20.442 Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad

Kotliarenko, M. A. (2002). “Estudio Psicológico acerca de la edad de responsabilidad Penal” Consultoría Solicitada por UNICEF.

Ley Indígena Nº19.253. Establece Normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas.

Ley Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, Nº 20.442, 2010.

Ley Nº 20.609 (2012) Establece medidas contra la discriminación.

Ley Nº 20.084 (2005) Establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la ley penal.

Ley Nº 19.968 (2004) Tribunales de Familia.

Llorente, J., & Iraurgi-Castillo, I.. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. enero 27, 2017, de Hospital de Día de Toxicomanías

Foronda-Osakidetza Sitio web: file:///C:/Users/miguel.soto/Downloads/13131181_S300_es.pdf

Meza, L. y Mata, L. (s.f.). Consideraciones sobre la Socialización de Género y su Influencia en la Dinámica del Abuso Sexual.



Milicic, N. (2011) Módulos Conceptuales. Tema 2: Resiliencia, Tutores de Resiliencia y Aprendizaje Socioemocional. Documento de clase, Curso Salud Mental: Marcos de Referencia para el Diagnóstico e Intervención con Niños o Jóvenes del Programa 24 Horas. Centro de Estudios u Promoción del Buen Trato –UC SENAME- UC Virtual.

Miller, W (1999). La Entrevista Motivacional. Preparar para el Cambio de Conductas Adictivas. Barcelona: Editorial Paidós.

Ministerio de Salud. (2005). Reglamento para el Ejercicio de las Prácticas Médicas Alternativas como Profesiones Auxiliares de la Salud y de los Recintos en que Estas de Realizan.. Enero 27, 2017, de MINSAL Sitio web:

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/a21482c735dd536ce04001011f0136fd.pdf>

MINSAL (2013) Guía Clínica AUGE Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años.

MINSAL, “Medicinas Complementarias” extraído en diciembre de 2016 en: <http://www.minsal.cl/medicinas-complementarias/><http://www.minsal.cl/medicinas-complementarias/>

Ministerio de Desarrollo Social (2013) Encuesta de caracterización socioeconómica niños, niñas y adolescentes (CASEN). Síntesis de resultado. Observatorio Social. Documento obtenido desde: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_ninos_adolescentes.pdf

Morelato, G. (2009). Revista de Psicología (PUCP): “Resiliencia en el maltrato infantil: aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico”.Vol.29 N° 2 Lima 2011. Version On line, extraído el 17 de Diciembre de 2015 de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-472011000200001&script=sci_arttext

Morales, A., Welsch, G., Cárcamo, J., Aguilar, L., y Sosa, M. (2015). Reinserción social y laboral de infractores de ley. Estudio comparado de la evidencia. Recuperado de <http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2015/04/estudio-comparado-de-la-evidencia-en-reinsercion-social-y-laboral.pdf>

Naciones Unidas (s.f.). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Documento obtenido desde http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/_ciddh.htm#

Obach, Alexandra, Sadler Michelle y Aguayo, Francisco. “Previniendo la Violencia con Jóvenes. Talleres con Enfoque de Género y Maculinidades”. Manual para Facilitadores y Facilitadoras. Cultura Salud y Sename 2011.http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-472011000200001&script=sci_arttext

OEA (2014) “Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad y Expresión de Género”, Extraído en diciembre de 2016 en: <https://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/docs/AG-RES2863-XLIV-O-14esp.pdf>

Oliva, A., Parra, A. y Arranz, E. (2008) Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente. Infancia y Aprendizaje, 2008, 31 (1), 93-106.

OMS, (2002) “Estrategias de la OMS, sobre Medicina tradicional”, Extraído el diciembre de 2016 en:



http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf OPCION (2011) Documentos de Trabajo N°2. Recopilación y Sistematización de estudios. 2007 – 2011. Programas PIE de Corporación Opción.

Pacheco, M. (2002) Psicoterapia Ericksoniana: El legado de Milton Erickson a la terapia actual. En <http://www.seminariosenlinea.com/.../Hipnosis%20Ericksoniana/Pacheco>.

Perez, J (2014) El estrés parental en familias en situación de riesgo psicosocial. Tesis Doctoral. Universidad de Huelva. Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. España.

Perilla, L. Zapata, B (2009) Redes Sociales, Participación e Interacción Social, Trabajo Social N.o 11, 2009. Páginas 147-158

PNUD, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2010). Desarrollo Humano en Chile. Género: Los Desafíos de la Igualdad.

Proshaska, J.O. & DiClemente C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En *Treating addictive behaviors: Processes of change*, Plenum Press, Nueva York.

Puig, G. Rubio, J. (2011) *Tutores de Resiliencia: Dame un Punto de Apoyo y Moveré mi Mundo*. Ediciones Gedisa. Barcelona. España.

Puig, G. Rubio, J. (2011) *Tutores de Resiliencia: Dame un Punto de Apoyo y Moveré mi Mundo*. Ediciones Gedisa. Barcelona. España.

Quilodran, A. (2012). La Participación de Niños y Niñas en espacios Comunitarios: ¿Un aporte al ejercicio de su ciudadanía? Estudio cualitativo a partir de la voz de los niños y niñas participantes de dos programas de prevención comunitaria (PPC): Polpaico y La Legua. Tesis para otra al grado de Magister en Psicología, mención Psicología Comunitaria. Universidad de Chile.

Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores o Reglas de Beijing (1985). Extraído el 24 de Enero de 2017 de **¡Error! Referencia de hipervínculo no válida.** [//www.unicef.org/panama/spanish/7972.htm](http://www.unicef.org/panama/spanish/7972.htm)

Rodrigo, M. (2009). Una mirada Integradora de la Resiliencia Parental: desde el contexto hasta la Mente de las Madres y los Padres en riesgo Psicosocial [versión electrónica]. *Psic. Da Ed.*, Sao Paulo, 1° sem. De 2009, 51-71. Extraído del 10 de enero de 2013 de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n28a04.pdf>

Rodrigo, M.J. (2009): "Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. Intervención Psicosocial, vol. 18. Colegio oficial de Psicólogos. España.

Rodrigo, M., Martín, J., Máiquez, M., Álvarez, M., Byrne, S., González, A.,...Guerra, M. (Sin fecha). *Vivir la Adolescencia en Familia*. Recuperado de <http://portal.asociacionhestia.org/proyectos/vlaef.html> <http://portal.asociacionhestia.org/proyectos/vlaef.html>

Rollnick & Miller (1996) ¿Qué es la Entrevista Motivacional? *Revista de Toxicomanías* N°6, Barcelona.

Salas, R (2006) *Ética Intercultural*. Cap. IV: Ética Discursiva y Diálogo Intercultural. Ediciones Abya-Yala. Quito, Ecuador

SENAME (2005) "Sistemas Locales de protección de Derechos de la Infancia – Adolescencia: Una Aproximación Conceptual y de Aplicación Práctica". Deprode Documento Interno.



SENAME (2010) Programa Vida Nueva. Sistema de Gestión Territorial para la intervención con niños, niñas y adolescente en situación de vulnerabilidad social

SENA (2014) Bases administrativas y técnicas modalidad PAI (Programa Ambulatorio Intensivo) www.sena.cl<http://www.sena.cl><http://www.sena.cl>

SENAME, Universidad Alberto Hurtado (2016) Evaluación de implementación y de resultados del Programa 24 horas. Informe Final. Equipo Investigador. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales

SENAME (2017) Misión y Objetivos. Extraído el 24 de Enero de 2017 de: <http://www.sename.cl/web/mision-objetivos/>

Unicef, Universidad Católica de Temuco. 2013. Interculturas, región de la Araucanía. Instrumento para la Medición de Criterios Interculturales en los Programas que Trabajan con Infancia. Trabajadora Social – Magister © Trabajo Social, Familia e Interculturalidad. Universidad Católica & SENAME (2011)

Unicef (2016) Convención por los Derechos del Niño, extraído en 20 de diciembre de 2016 en: <http://unicef.cl/web/convencion-sobre-los-derechos-del-nino/><http://unicef.cl/web/convencion-sobre-los-derechos-del-nino/>

UNICEF. (2014). Observaciones finales del comité de los derechos del niño: México. UNICEF.

UNICEF, Universidad Católica de Temuco. (2013) Instrumento para la Medición de Criterios Interculturales en los programas que trabajan en infancia. Documento obtenido desde <http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc/wp/WEB%20Interculturas%20final.pdf>

Zeanah, Ch., Fox, N. & Nelson, Ch. (2018). El Apego llevado a los extremos. Lección a partir del proyecto de intervención temprana de Bucarest. En La Teoría del Apego: Investigación e intervención en distintos contextos socioculturales. Sonia Gojman-de-Millán, Christian Herreman, L. Alan Sroufe.



X. ANEXOS.

Anexo 1 : Terapias Complementarias

La Organización Mundial de la Salud, entiende a la medicina tradicional, en adelante MT⁶⁵ como un término que se utiliza para referirse tanto a los sistemas médicos tradicionales⁶⁶ como a las diversas formas de la medicina indígena. Las terapias de la MT, implican tanto terapias con medicación, en la que se usan hierbas, minerales, partes de animales, etc., como terapias sin medicación y que van desde la utilización de las manos, hasta las terapias de tipo espirituales. (Organización Mundial de la Salud, 2002)³⁴

Es por esto último, que en los “países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina complementaria, alternativa, o no convencional” (OMS, 2002).

En concordancia con la definición anterior, el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa de Estados Unidos³⁵, señala que las Medicinas Complementarias (en adelante MCA) *“es un conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención a la salud que no se considera actualmente parte de la medicina convencional”*. Entendiendo por medicina convencional la que es atendida por profesionales asociados al área de la salud.

Cabe señalar que existen diferencias entre el término medicina “complementaria” y “alternativa”. El primero de ellos, se refiere a cuando una medicina tradicional se ocupa conjuntamente con la medicina convencional. Mientras que la medicina alternativa se utiliza en reemplazo de la medicina convencional. Sin embargo, la utilización de la MCA por parte de la medicina convencional sólo se lleva a cabo una vez que se ha reconocido o determinado su inocuidad y eficacia para la salud y la atención sanitaria.

En nuestro país, el Ministerio de Salud, reconociendo el derecho ciudadano al acceso libre e igualitario a la protección de la salud ha incluido realizado un proceso de reconocimiento de las terapias no convencionales. El MINSAL presenta el “Reglamento para el ejercicio de las prácticas médicas alternativas, como para profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que estas se realizan”, define en su artículo N°1 que “Se entenderá por Prácticas Médicas Alternativas a todas aquellas actividades que se lleven a cabo con el propósito de recuperar, mantener e incrementar el estado de salud y bienestar físico y mental de las personas, mediante procedimientos diferentes a los propios de la medicina oficial, que se ejerzan de modo coadyuvante o auxiliar de la anterior”, y que “Las prácticas médicas alternativas podrán denominarse indistintamente como prácticas médicas alternativas y complementarias”.

En este sentido, el MINSAL reconoce que las MCA que tienen una mayor oferta en el país, son la Naturopatía, la Homeopatía, la Acupuntura, las Terapias Florales, el Reiki, la Aromaterapia, entre otras.

³⁴ OMS, “Estrategias de la OMS, sobre Medicina tradicional”

³⁵ El centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa es un organismo del Gobierno Federal de los Estados Unidos, dependiente de los National Institutes of Health, creado para promover la evaluación científica de los conceptos traídos por las Medicinas Complementarias.



MINSAL, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, en el año 2013, otorga reconocimiento al naturismo y regula a la naturopatía como profesión auxiliar de la Salud⁶⁹. En sus considerandos indica “que la naturopatía, propia del Naturismo, constituye una práctica médica alternativa o complementaria de la medicina oficial, que ha sido acogida por los habitantes de este país, siendo su utilización de amplio reconocimiento nacional e internacional”.

En su Artículo N°2, la Naturopatía es una profesión auxiliar de la medicina, cuyo ejercicio está destinado a promover y restablecer la salud, mediante el empleo de los agentes vitales de la naturaleza: Alimentación natural, plantas medicinales, agua, tierra, además de ejercicios físicos y actividad mental



Anexo 2:

Memorándum N°128, de 2021



SANTIAGO, 14 DIC 2021

MEMORANDUM N° 06.01.28

A: DIRECTORES/AS REGIONALES
SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

DE: MARÍA JOSÉ CASTRO ROJAS
DIRECTORA NACIONAL
SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Materia: Instruye e indica vías de ingreso a los programas de las líneas de acción del Servicio Mejor Niñez.

Junto con saludar cordialmente, en atención a los antecedentes del presente oficio, y en virtud de las facultades conferidas en el artículo 7 letra b) y letra d) de la Ley N°21.302, Informo Uds., lo siguiente:

1° En primer término, es preciso señalar que la derivación de niños, niñas y adolescentes a los programas de protección especializada correspondientes a la oferta del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, en adelante Servicio Mejor Niñez, se encuentra regulada en el artículo 19 de la Ley N°21.302, norma que entró en vigencia el primero de octubre del 2021, y que indica que ante la adopción de alguna de las medidas de protección dispuestas en las letras c) y d) del artículo 71 de la Ley N°19.968, así como las medidas de ingreso en virtud del artículo 80 bis, ya sea que el ente derivante sea el Tribunal con competencia en Familia o las Oficinas Locales de la Niñez (OLN), la asignación de cupos le corresponde únicamente al Director Regional del Servicio Mejor Niñez mediante un procedimiento breve, racional y justo.

2° Que en complemento de lo anterior, el Decreto N°12 del Ministerio de Desarrollo Social y Familia publicado con fecha 29 de noviembre del 2021, que Aprueba el Reglamento sobre el Procedimiento para la Asignación de Cupos en Proyectos de Programas de Protección Especializada del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, establece en su artículo 1° que el objetivo del reglamento es regular el procedimiento breve, racional y justo conforme al cual los Directores Regionales del Servicio Mejor Niñez asignarán los cupos en los proyectos que ejecutan programas de protección especializada en cada una de sus regiones, abordando en sus artículos 5° y 6° el procedimiento de asignación proplamente tal; desde la derivación del Tribunal competente en asuntos de familia mediante sistema informático interconectado al Servicio Mejor Niñez, como la posterior notificación de la asignación del cupo desde el Director Regional al órgano derivante (Tribunal u OLN), junto con la comunicación al colaborador acreditado que ejecuta el proyecto al cual se le asignó el cupo del niño, niña o adolescente.

3° Que, por su parte, con fecha 23 de septiembre del 2021, a través de los ORD. N°000211 al N°000227, el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia informó a los Ministros Encargados de Asuntos de Familia de las Iltras. Cortes de Apelaciones del país, sobre las vías de comunicación para la aplicación del procedimiento de asignación de cupos en días y horarios inhábiles. En este sentido, el Poder Judicial se encuentra en conocimiento del sistema de



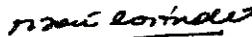
derivación de NNA a los proyectos que ejecutan los programas del Servicio, así como del procedimiento de asignación de cupos para días y horarios, hábiles e inhábiles.

4° En atención a lo anterior, y a objeto de dar cumplimiento al mandato legal establecido en el artículo 19 de la Ley N°21.302 y al Decreto N°12/2021 del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, se ha efectuado una revisión de las vías de Ingreso a los diversos programas de las líneas de acción ambulatorias del Servicio Mejor Niñez, tornándose necesario informar a ustedes, que a partir del 1° de octubre del 2021 los proyectos que ejecutan los programas de las líneas de acción del Servicio Mejor Niñez solo pueden recibir derivaciones de niños, niñas o adolescentes por medio del procedimiento de asignación de cupos señalado precedentemente. En consecuencia, el Ingreso de los NNA a los proyectos siempre procederá por resolución judicial del Juez con competencia en familia respectivo o por derivación de la OLN previa asignación de cupo desde la Dirección Regional de Mejor Niñez, lo anterior habida consideración de lo dispuesto en el artículo octavo transitorio de la Ley N°21.302 en cuyo inciso primero se indica "(...) las referencias al órgano de protección administrativa y/u Oficina Local de la Niñez se entenderán realizadas a las Oficinas de Protección de Derechos del Niño, Niña o Adolescente (...)" razón por la cual las Oficinas de Protección de Derechos podrán realizar la solicitud de asignación de cupo al Director Regional. Cualquier vía de ingreso diversa ha quedado derogada tácitamente debido a la modificación legislativa.

5° Lo informado precedentemente en cuanto a la única vía de ingreso a la oferta ambulatoria excluye a; (I) las Oficinas de Protección de Derechos en virtud de lo dispuesto en el artículo octavo transitorio de la ley N°21.302, norma que precisa que las OPD continuarán rigiéndose por las normas aplicables a la época anterior a la entrada en vigencia de las modificaciones introducidas a la ley N°20.032, y (II) los Proyectos que ejecutan el circuito PSI 24 Horas, toda vez que dichos programas cuentan con un porcentaje fijo de plazas de atención para NNA del Estado PSI y/o como única vía de ingreso la derivación interna de la red Mejor Niñez PSI 24 horas.

6° Finalmente, se solicita a UD., remitir copia del presente oficio y realizar una transferencia técnica a los proyectos ambulatorios que se ejecutan en su territorio para el efectivo cumplimiento de la normativa vigente.

Sin otro particular, se despide cordialmente,


MARÍA JOSÉ CASTRO ROJAS
Directora Nacional

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia


Distribución:
-Destinatario
-Archivo Dirección Nacional Mejor Niñez
-Oficina de Partes
-Fiscalía
-Unidad de Diseño de Programas
-Unidad de Análisis y Gestión de la Información.



2° **PUBLÍQUESE** la presente Resolución en la página web del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y adolescencia.

ANÓTESE Y ARCHÍVESE.



GABRIELA MUÑOZ NAVARRO
DIRECTORA NACIONAL (S)
SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA
A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA



IGBT/MUSL/MLOS/AMC/HMB/MAC

Distribución:

- Departamento de Diseño y Evaluación
- Departamento de Gestión Territorial
- Fiscalía
- Oficina de Partes