



RESOLUCIÓN EXENTA N°

APRUEBA BASE TÉCNICA DE RESIDENCIAS DE TIPO FAMILIAR POR CURSO DE VIDA, PROGRAMA DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO PARA SEGUNDA INFANCIA, EJECUTADAS POR EQUIPOS DE COLABORADORES ACREDITADO DEL SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.

SANTIAGO,

VISTO:

Lo dispuesto 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, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado; 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; la ley N°20.032, que regula el régimen de aportes financieros del Estado a los colaboradores acreditados; en la ley N° 21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia; en el decreto supremo N°7, de 2022, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia - Subsecretaría de la Niñez, que aprueba reglamento de la ley N°20.032, que regula los programas de protección especializada que se desarrollarán en cada línea de acción, los modelos de intervención respectivos, todas las normas necesarias para la aplicación de los artículos 3, 25, 28, 29, 30 de la referida ley y otras materias que indica; en el decreto exento N° 06, de 2024, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Subsecretaría de la Niñez, que nombró al suscrito como Director Nacional del Servicio de Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia; en el decreto supremo N°5, de 2021, que aprobó el reglamento que fija estándares para los programas del Servicio, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia - Subsecretaría de la Niñez; en las resoluciones N°s. 7, de 2019 y 14, de 2022, 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 propio, 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 realiza asegurando la provisión y ejecución de programas especializados para abordar casos de mediana y alta complejidad.
- 2°. Que, 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 cuidado alternativo, la cual, conforme lo señala el artículo 24 de la citada ley, *“corresponde al conjunto de modalidades alternativas de cuidado puesta a disposición de niños, niñas y adolescentes que, por diversas circunstancias, no cuentan con los cuidados permanentes de, al menos, uno de sus padres biológicos o adoptivos, o de adultos en condiciones de responsabilizarse de su crianza, ejecutadas por cuidadores especialmente entrenados para proteger, reparar y restituir los derechos de niños, niñas y adolescentes gravemente vulnerados en sus derechos y en situación de alta vulnerabilidad emocional y afectiva. La línea incluye acogimiento en familia extensa, en familias de adultos de confianza, en familias de acogida externas acreditadas y acogimiento residencial de diferentes tipos”*.
- 4°. Que, el artículo 17 del decreto supremo N° 7, de 2022, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia - Subsecretaría de la Niñez, establece que los programas de acogimiento residencial de diferentes tipos son *“Modalidades de intervención de cuidado alternativo destinados a niños, niñas y adolescentes separados temporalmente de su medio familiar por resolución judicial, los cuales se ejecutan en centros de acogida institucional que tienen por finalidad proteger y prevenir nuevas vulneraciones de derechos, para lo cual desarrollan procesos de intervención con éstos, sus familias y las redes intersectoriales y comunitarias”*.
- 5°. Que, es función del Servicio, conforme al artículo 6 literal 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 acorde con lo dispuesto en el artículo 7 letra d) de la citada 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, en el marco de la línea de cuidado alternativo, específicamente las residencias ejecutadas por equipos de colaboradores acreditados del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, se ha diseñado la Base Técnica para las residencias de tipo familiar por curso de vida, programa de acogimiento residencial terapéutico para segunda infancia, el cual aborda a niños y niñas de los 4 a los 8 años 11 meses, en situación de desprotección avanzada y que, por diversas circunstancias, no cuentan con los cuidados permanentes de, al menos, uno de sus padres biológicos o adoptivos, o de adultos en condiciones de responsabilizarse de su crianza.



- 8°. Que, en cuanto al circuito de ingreso al modelo residencial terapéutico integrado, hay que indicar que, en los programas de la línea de acción de cuidado alternativo, la autoridad judicial puede ordenar como medida de protección urgente el ingreso inmediato a estas modalidades. En dichos casos, el programa de diagnóstico realizará la evaluación y elaboración del Plan de Intervención Individual durante su permanencia en el proyecto de cuidado alternativo, coordinadamente, para evitar la sobre intervención y cumplir los plazos estipulados.
- 9°. Que, esta Base Técnica se enmarca en los programas estipulados en la ley N°21.302 que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y se inserta en el nuevo sistema de garantías para los niños, niñas y adolescentes del país, a partir de la ley N°21.430, sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, por lo tanto, la implementación de este programa en los territorios requiere la coordinación con el intersector, especialmente justicia, salud y educación.
- 10°. Que, de acuerdo a lo señalado en la Base Técnica, *“con este modelo se avanza en proporcionar un espacio residencial acorde a las características de niños y niñas entre 4 y 8 años, que han debido ser separados de sus familias, siendo sensible a sus necesidades y que comprende que el entorno residencial debe otorgar una base segura en el cual se pueden desarrollar procesos terapéuticos que contribuyan a la reparación de sus experiencias de desprotección, el despliegue de sus recursos, la consideración de su opinión, el fomento de la vinculación con su familia y su egreso con una alternativa familiar estable y que asegure su protección; teniendo siempre presente la transitoriedad de la medida de separación, la necesaria gestión de redes para que las familias cuenten con los soportes necesarios y el interés superior del niño o niña. Para que ello sea posible se requiere un equipo residencial que actúe de manera integrada y alineado con el propósito terapéutico del modelo residencial”*.
- 11°. Que, la Base Técnica a su vez señala que *“esta modalidad acompaña a niños/as y familias durante el acogimiento residencial transitorio y trabaja con la familia de origen para la reunificación como prioridad, y si esto no es posible, para mantener vínculos y definir otra alternativa de cuidado familiar permanente en una familia adoptiva”*.
- 12°. Que, el artículo 23 de la ley N°21.302 plantea que los programas de la línea de acción de cuidado alternativo se ejecutan de manera complementaria con uno o dos programas de la línea de acción de fortalecimiento y vinculación que, para efectos del presente programa, recae en el programa de fortalecimiento y revinculación familiar, cuyo objetivo *“es la formación de la familia de origen y/o extensa, según corresponda, en habilidades parentales y crianza para, de este modo, lograr la reunificación, en primer lugar y, en caso de no ser posible, la mantención de vínculos y la definición de otra alternativa de cuidado familiar permanente a través de la adopción”*.
- 13°. Que, en atención a lo antes expuesto, resulta procedente aprobar mediante el presente acto administrativo la Base Técnica de residencias de tipo familiar por curso de vida, programa de acogimiento residencial terapéutico para segunda infancia ejecutado por equipos de colaboradores acreditados, de la línea de cuidado alternativo.

RESUELVO:

- 1°. **APRUÉBASE** la Base Técnica de residencias de tipo familiar por curso de vida, programa de acogimiento residencial terapéutico para segunda infancia ejecutado por equipos de colaboradores acreditados, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, cuyo texto íntegro y fiel es el siguiente:



BASE TÉCNICA

RESIDENCIA DE TIPO FAMILIAR POR CURSO DE VIDA PROGRAMA DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO PARA SEGUNDA INFANCIA

LÍNEA DE ACCIÓN CUIDADO ALTERNATIVO

Diciembre 2024



Responsable

Angélica Martínez Cruz

Jefa Unidad Diseño de la Oferta.

Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia

Autores/as

Andrea Quilodrán Lucero - Analista Unidad de Diseño.

Rosa Barría Segovia - Analista Unidad de Diseño.

Claudia Ibarra Codoceo - Analista Unidad de Diseño.

Gloria Gaete Fuentes - Analista Unidad de Diseño.

Felipe Vargas Pizarro - Analista Unidad de Diseño.

Carolina Saldívar Villalobos - Analista Unidad de Diseño.

Revisores/as internos del Servicio

Direcciones Regionales.

Divisiones Dirección Nacional.

Revisores/as del ámbito académico

Ana Loreto Ditzel Lacoa

Asesora, investigadora y docente universitaria en políticas públicas de infancia, familia, género, psicología social y desarrollo local



ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	7
II.	MARCO NORMATIVO	9
III.	ELEMENTOS A CONSIDERAR PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO INTEGRADO	12
IV.	CONCEPTUALIZACIÓN	14
	4.1 Segunda Infancia desde un enfoque de curso de vida	15
	4.2 Violencia y separación familiar: efectos en el desarrollo de los niños y niñas	18
	4.3 Cuidado residencial terapéutico sensible a las necesidades de la segunda infancia ..	22
V.	PARTICIPANTES DE LA RESIDENCIA	27
VI.	RUTA DE INGRESO	27
VII.	ÁMBITOS DE ACCIÓN	28
	7.1 OBJETIVOS	29
	7.2 COMPONENTES	29
	7.2.1 Residencialidad Terapéutica	29
	7.2.2. Acompañamiento Terapéutico al niño o niña	34
	7.2.1.1 Abordaje terapéutico con el niño o niña:	36
	7.2.1.2 Fortalecimiento de capacidades del niño/a para el desarrollo de su agencia personal.....	37
	7.2.3. Gestión y activación de soportes intersectoriales y comunitario.....	38
	7.3. ETAPAS DE LA INTERVENCIÓN	40
	7.4. MATRIZ LÓGICA.....	69
VIII.	RECURSOS	70
	8.1 GESTIÓN DE PERSONAS	70
	8.2 INFRAESTRUCTURA.....	75
IX.	SISTEMA DE REGISTRO	76
X.	REFERENCIAS	77
XI.	ANEXOS	81
	ANEXO N° 1	81
	ANEXO N° 2	83



I. INTRODUCCIÓN

El presente documento corresponde a la Base Técnica¹ del **Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Segunda Infancia ejecutado por equipos de colaboradores acreditados, el cual aborda a niños y niñas de los 4 a los 8 años 11 meses, ingresados/as por encontrarse en situación de desprotección avanzada en la que, por diversas circunstancias, no cuentan con los cuidados permanentes** de, al menos, uno de sus padres biológicos o adoptivos, o de adultos en condiciones de responsabilizarse de su crianza.

Según lo establecido en el artículo 18 de la ley N°21.302, que Crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia este Programa corresponde a la línea de acción Cuidado Alternativo y según lo establecido en el artículo 24, es una medida de protección excepcional, transitoria y periódicamente revisable de competencia exclusiva de la autoridad judicial, desarrollada en acogimiento familiar, y, en última ratio, en centros de acogida institucional si el primero no es recomendable por el interés superior del niño/a. Además, dicha ley indica (Artículo 23 N°1) que el cuidado alternativo, se complementa con los programas de la línea de acción Fortalecimiento y Vinculación en este caso, con el Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar, lo cual se realiza a través de un **Modelo Residencial Terapéutico Integrado**.

Este modelo se inserta en el nuevo sistema de garantías para los niños, niñas y adolescentes del país, a partir de la ley N°21.430 (BCN, 2022) sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. Por lo tanto, la implementación de este programa en los territorios requiere la coordinación con el intersector, especialmente justicia, salud y educación.

La ejecución conjunta de los Programas de Acogimiento Residencial Terapéutico para Segunda Infancia y de Fortalecimiento y Revinculación Familiar, a través del Modelo Residencial Terapéutico Integrado, cuyo objetivo es generar un espacio que favorezca la seguridad y el desarrollo integral de los niños y las niñas, en un marco de acompañamiento residencial terapéutico, que considera el **Enfoque y la Práctica informada en trauma**, a fin de responder a las características y necesidades de los niños y las niñas que han debido ser separados transitoriamente de su contexto familiar y comunitario.

En el sentido anterior, el Enfoque Informado del Trauma promueve la comprensión integral a las respuestas del impacto del trauma, **enfaticando la seguridad física, emocional y psicológica tanto de los/las afectados/das como de los equipos residenciales** (Vitriol et al., 2020 en UNICEF, 2024). En este enfoque es central el trabajo del equipo, en especial, el papel del/la cuidador/a terapéutico/a, quien es el/la adulto/a que brinda asistencia al niño o niña en las actividades diarias, además de experiencias para avanzar en su desarrollo, creando oportunidades de autonomía y respecto de la relación con otros/as niños/as y adultos/as².

¹ Base Técnica es definida como aquel documento que contiene un marco conceptual y establece bases metodológicas, que permiten guiar la intervención de un modelo determinado, de acuerdo con su línea de acción, para responder a las necesidades de la población de la cual dicha oferta está llamada a atender. Se espera que el equipo integrado, teniendo la Base Técnica como marco, realice los ajustes necesarios, de acuerdo con las características territoriales donde se encuentran los niños, niñas y sus familias.

² La definición de cuidador/a terapéutico se basa en Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2024 y Holden, 2023.



Con este modelo se avanza en proporcionar un espacio residencial acorde a las características de niños y niñas entre 4 y 8 años, que han debido ser separados de sus familias, siendo sensible a sus necesidades y que comprende que el entorno residencial debe otorgar una base segura en el cual se pueden desarrollar procesos terapéuticos que contribuyan a la reparación de sus experiencias de desprotección, el despliegue de sus recursos, la consideración de su opinión, el fomento de la vinculación con su familia y su egreso con una alternativa familiar estable y que asegure su protección; teniendo siempre presente la transitoriedad de la medida de separación, la necesaria gestión de redes para que las familias cuenten con los soportes necesarios y el interés superior del niño o niña. Para que ello sea posible se requiere un equipo residencial que actúe de manera integrada y alineado con el propósito terapéutico del modelo residencial.

Al respecto, cabe señalar que, el Comité de Derechos del Niño denomina al tramo de edad entre 0 y 8 años como Primera Infancia, período trascendental para el desarrollo pleno del ser humano, requiriendo cuidados personalizados de un adulto con capacidad de dar respuesta oportuna a sus necesidades. Para efectos de esta Base Técnica, dicho rango etario se divide en dos etapas, el tramo de 0 a 3 años y el de 4 a 8 años, ello en función de la implementación progresiva del cuidado alternativo familiar que por ley corresponde en estas edades. Por tanto, se distingue el segmento de 0 a 3 años, que se denomina Primera Infancia, en el cual sólo concierne al cuidado alternativo familiar, del período de 4 a 8 años, indicado como Segunda Infancia, tramo en que se proporciona cuidado residencial terapéutico, teniendo presente que el cuidado alternativo familiar debe ser siempre preferente.

Esta modalidad acompaña a niños/as y familias durante el acogimiento residencial transitorio y trabaja con la familia de origen para la reunificación como prioridad, y si esto no es posible, para mantener vínculos y definir otra alternativa de cuidado familiar permanente en una familia adoptiva.

En cuanto al circuito de ingreso al Modelo Residencial Terapéutico Integrado, hay que indicar que la puerta de entrada de los/las niños/as y sus familias es el Programa de Diagnóstico Clínico Especializado, pero en los programas de la línea de acción de cuidado alternativo, la autoridad judicial puede ordenar como medida de protección urgente el ingreso inmediato a estas modalidades. En dichos casos, el referido Programa de Diagnóstico realizará la evaluación y elaboración del Plan de Intervención Individual durante su permanencia en el proyecto de cuidado alternativo, coordinadamente, para evitar la sobre intervención y cumplir los plazos estipulados.

Las presentes Bases Técnicas plantean una evolución del modelo de residencias, la cual se fundamenta en las nuevas visiones en materia de acogimiento residencial a nivel internacional; en las experiencias de los equipos técnicos y profesionales del Servicio, los aportes de expertos nacionales en estos temas³, en las opiniones de niños, niñas y

³ Se agradece a las/los profesionales Matías Marchant, Eduardo Jaar, y Fundación San José para la Adopción por su disponibilidad y aportes para el diseño de la presente Base Técnica.



adolescentes respecto de la atención que reciben en los programas del Servicio⁴ y en los aportes del documento de UNICEF, 2024 (sin publicar).

En el siguiente apartado se presenta el marco normativo de la Protección Integral de Derechos y su relación con la Protección Especializada, señalando las acciones y los actores involucrados en el funcionamiento de esta oferta.

En segundo lugar, se presenta el marco conceptual del programa, desarrollando los conceptos relevantes para la comprensión y ejecución de la modalidad, siendo éstos: Segunda infancia desde un enfoque de curso de vida; violencia y separación familiar: efectos en el desarrollo de los niños y las niñas y cuidado residencial terapéutico sensible a las necesidades de la segunda infancia.

Luego, se exponen los participantes del programa y las rutas de ingreso a la modalidad, a lo que sigue el desarrollo del diseño metodológico del programa, a través de los siguientes ámbitos de acción: objetivos, estrategias, componentes, etapas y matriz lógica, esta última incluye los indicadores para la medición de sus resultados. Además, el diseño y ejecución de los proyectos debe considerar el documento “Enfoques transversales”, el cual incluye los enfoques de: derechos humanos, derechos de la niñez y adolescencia, interculturalidad, inclusión, género, participación, curso de vida, territorial y redes⁵.

A continuación, se exhiben los recursos que se requieren para la ejecución del programa y que incorpora gestión de personas e infraestructura. Luego, se enfatiza la necesidad de registrar la información en la plataforma informática del Servicio y se integran las referencias bibliográficas utilizadas a lo largo de todo el documento.

La presente Base Técnica está dirigida especialmente a los equipos de Colaboradores Acreditados, quienes ejecutarán el Modelo Residencial Terapéutico Integrado, como también a la sociedad civil y organismos que velan por el bienestar de niños y niñas en situación de desprotección⁶.

Finalmente, con el presente modelo se avanza hacia el cumplimiento de las “Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños de las Naciones Unidas” (2010), como un marco orientador en esta materia, que se desprende de la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por el Estado chileno el año 1990, que eleva los estándares de atención residencial.

II. MARCO NORMATIVO⁷

El Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (en adelante el Servicio), es el organismo encargado de la protección especializada que, de acuerdo con el

⁴ Para mayor información revisar Diagnóstico Nacional de Participación de niños, niñas, adolescentes y familias, 2022. Unidad de Participación. Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.

⁵ Para mayor detalle consultar documento de Enfoques Transversales, disponible en la página web del Servicio: https://www.mejorninez.cl/concursos/files/cp-02_07-06-2023/REX-605_2023-APRUEBA-ENFOQUES-TRANSVERSALES-SPE.pdf

⁶ Entre los que se encuentran el Poder Judicial y Programa Mi Abogado.

⁷ Para mayor detalle revisar Anexo 1.



artículo 2 de la ley N° 21.302, tiene el deber de entregar prestaciones a niños, niñas y adolescentes gravemente amenazados o vulnerados en sus derechos, a través del diagnóstico especializado; la restitución de derechos; la reparación del daño ocasionado y la prevención de la ocurrencia de nuevas vulneraciones.

Por otra parte, el artículo 1 de la ley N° 21.430, establece que su objeto es la garantía y protección integral, el ejercicio efectivo y el goce pleno de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, en especial de los derechos humanos que les son reconocidos en la Constitución Política de la República, la Convención sobre los Derechos del Niño, y demás tratados internacionales de derechos humanos vigentes. Así, el artículo 25 indica que, como parte de estos derechos, se encuentra el derecho de niños, niñas y adolescentes a un nivel de vida y entorno adecuado que les permita su mayor realización física, mental, espiritual, moral, social y cultural posible, y en caso de aquellos/as gravemente amenazados o vulnerados, el artículo 51 reconoce su derecho a la protección especial o reforzada constituyéndolos en sujetos preferenciales de las políticas públicas.

Cabe mencionar, que tal como lo estipula la ley N°21.430 el Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia está compuesto por un conjunto de políticas, instituciones y normas destinadas a respetar, promover y proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes, siendo parte de éstas, los Tribunales de Justicia, el Congreso Nacional, los Órganos de Administración del Estado, la Defensoría de los Derechos de la Niñez, y las instituciones señaladas en el Título IV de la ley de Garantías⁸, entre las cuales se encuentra el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.

Dentro de la Protección Integral de Derechos, el artículo 57 de la referida ley, distingue tres ámbitos de acción, estos son: la promoción y defensa de derecho, que busca fomentar las condiciones para el pleno ejercicio de derechos de niños, niñas y adolescentes; el seguimiento y acompañamiento, que presta apoyo, protección y acompañamiento para lograr su desarrollo integral y equitativo (ambas líneas preventivas), y la protección de derechos, que alude a las acciones para preservar o restituir el ejercicio de derechos de niños, niñas y adolescentes, en situaciones de amenaza o vulneraciones, que pueden ser ocasionadas por acción u omisión del Estado, la sociedad, las familias, cuidadores o por sí mismos. Su objetivo es impedir las vulneraciones y, cuando éstas han ocurrido, reparar las consecuencias y evitar una nueva ocurrencia.

En el marco de la protección de derechos se encuentra la protección especial, destinada a niños, niñas y adolescentes que necesitan servicios y prestaciones diferenciadas y especializadas, incorporando acciones de reparación psicosocial y restitución de derechos, cuando estos se ven amenazados o vulnerados (artículo 57.3 de la ley N°21.430), labor entregada por mandato legal al Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. Se entiende por reparación las actividades que contribuyen a superar el daño causado por la vulneración a un

⁸ Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Comité Interministerial de Desarrollo Social, Familia y Niñez, Subsecretaría de la Niñez, Defensoría de la Niñez, Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, Oficinas Locales de la Niñez, Consejo de la Sociedad Civil de la Niñez, Consejo Consultivo Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes, Carabineros de Chile y Policía de Investigaciones de Chile.



determinado niño, niña o adolescente, en los ámbitos físico, psicológico, social y material (ley N° 21.302).

La ley N° 21.302, en su artículo 2 se refiere también, respecto de la necesidad de asegurar la provisión y ejecución de los programas especializados para abordar casos de mediana y alta complejidad y de garantizar dentro de su ámbito de competencia, y conforme a sus atribuciones y medios, el pleno respeto a los niños, niñas y adolescentes en su calidad de sujetos de derechos de especial protección, respetando y haciendo respetar sus derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política de la República, la Convención sobre los Derechos del Niño y los demás tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Chile y que se encuentren vigentes, y en la legislación nacional dictada conforme a tales normas.

Por otra parte, respecto de las medidas de protección, la ley de Garantías establece que éstas pueden ser gestionadas administrativa o judicialmente, siendo las Oficinas Locales de la Niñez, en adelante “OLN”, las encargadas de la protección administrativa, tanto en el ámbito de la protección universal como especializada, y los Tribunales de Familia, o con competencia en esta materia, los encargados de la protección judicial. Asimismo, señala que las medidas establecidas en la protección judicial no son excluyentes de las administrativas, pudiendo coexistir.

De acuerdo con el procedimiento antes señalado, la solicitud de ingreso a los programas del Servicio Nacional de Protección Especializada puede ser realizada por la OLN o el Tribunal de Familia o con competencia en esta materia, según corresponda a una medida de protección administrativa o judicial. No obstante, lo anterior, para los **Programas de Cuidado Alternativo y específicamente el Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico Integrado para Segunda Infancia esta medida siempre es judicial.**

Los órganos competentes para la adopción de una medida de protección (OLN y Tribunal con competencia en Familia) deben **solicitar la asignación de cupos** a la Dirección Regional correspondiente al domicilio del niño o niña, en los programas de protección especializada del Servicio, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8, letra t) en concordancia con el artículo 19, ambos de la ley N°21.302, normas que establecen que es el Director/a Regional del Servicio de Protección Especializada el encargado/a de informar el proyecto dentro de las líneas de acción dispuestas por ley, al cual el órgano competente deberá ordenar el ingreso del niño, niña o adolescente, mecanismo que se encuentra operacionalizado en el decreto supremo N° 12, del 2021, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Subsecretaría de la Niñez⁹.

En lo referente al cuidado alternativo, la ley N°21.302 establece que el Servicio debe proveer oferta programática toda vez que, por una amenaza grave o inminente se encuentre en riesgo la vida o integridad del niño, niña o adolescente y esto responda a una medida decretada por el tribunal competente. Para el caso de niños y niñas de 0 a 3 años que requieran cuidado alternativo el Servicio debe proporcionar siempre atención en familias de acogida,

⁹ Para mayor detalle revisar Reglamento sobre el procedimiento para la asignación de cupos en proyectos de programas de protección especializada del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1168750>



prefiriéndose a miembros de la familia extensa, y cuando no sea posible, en familias de acogida externas y así evitar el ingreso a cuidado alternativo residencial en esta etapa del desarrollo. Asimismo, indica que las prestaciones de cuidado alternativo **deben ser ejecutadas por cuidadores especialmente entrenados para proteger, reparar y restituir los derechos de los niños, niñas y adolescentes gravemente vulnerados en sus derechos y en situación de alta vulnerabilidad emocional y afectiva.** De producirse la separación familiar, la ley N°21.302, en su artículo 4, es clara al señalar que, el Servicio orientará siempre su acción a la revinculación del niño, niña o adolescente con su familia, sea ésta nuclear o extensa, salvo que no proceda según resuelvan los tribunales de familia, caso en el cual se iniciará el procedimiento de adoptabilidad conforme a la normativa vigente.

Además, la referida ley precisa en su artículo 24 que, mientras los niños y las niñas permanezcan en cuidado residencial, es el Director/a de la residencia quien asumirá el cuidado personal, la educación, la cultura y recreación, respetando las limitaciones que la ley o la autoridad judicial impongan a sus facultades, en favor de los derechos y de la autonomía, así como de las facultades de sus padres o de las demás personas con derecho a la ley, hasta el egreso de la modalidad

Cabe destacar que, tanto la ley de Garantías, como la que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, plantean que los programas especializados en protección, entre los que se incluye el Acogimiento Residencial Terapéutico para Segunda Infancia, serán complementados con las prestaciones que brindan otros servicios públicos a los niños y las niñas participantes en los programas del Servicio, y a sus familias, en materias de salud, educación, protección social, vivienda, igualdad de género, deporte, cultura, turismo y recreación, entre otras.

Finalmente, la ley N°21.302 plantea que los programas de la Línea de acción de Cuidado Alternativo se ejecutan de manera complementaria con uno o dos programas de la Línea de acción de Fortalecimiento y Vinculación que, **para efectos del presente Programa, recae en el Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar**, cuyo objetivo es la formación de la familia de origen y/o extensa, según corresponda, en habilidades parentales y crianza para, de este modo, lograr la reunificación, en primer lugar y, en caso de no ser posible, la mantención de vínculos y la definición de otra alternativa de cuidado familiar permanente a través de la adopción (artículo 23.1). **Es importante enfatizar que el Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Segunda Infancia y el Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar se articulan en el Modelo Residencial Terapéutico Integrado.**

III. ELEMENTOS A CONSIDERAR PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO INTEGRADO

En primer lugar, es preciso señalar que a la luz del cuerpo legal que enmarca el quehacer del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, está el imperativo de diseñar una oferta proteccional consistente con las líneas de acción y programas establecidos en este, la cual debe estar basada en evidencia y/o estudios actualizados.



En el sentido antes señalado, el Programa de Diagnóstico Clínico Especializado marca un cambio en la forma de definir las situaciones de protección y desprotección que afectan a niños, niñas y adolescentes, incluyendo en este concepto las dimensiones: características de la situación de vulneración, situación del niño, niña o adolescente; capacidades y respuesta de los padres/madres o cuidadores y características contextuales o del entorno, asumiendo una visión ecosistémica para la evaluación de ingreso de los niños, niñas y sus familias a los programas de protección especializada.

Como se ha señalado previamente, el Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Segunda Infancia exige una implementación conjunta con el Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar, esto, de acuerdo con la ley N°21.302, que en su artículo 24 señala que *“la línea de acción de cuidado alternativo incluye el desarrollo de un trabajo permanente de fortalecimiento familiar y revinculación del niño, niña o adolescente con su familia...”* (BCN, 2021, p. 20).

Por lo tanto, el ingreso de un niño o niña al Programa Residencial Terapéutico automáticamente genera su ingreso al programa Fortalecimiento y Revinculación Familiar. En atención a lo anterior se define un **Modelo Residencial Terapéutico Integrado**, entendiéndose como el que comprende los programas antes señalados, el cual se operacionaliza en un espacio físico común y considera a los mismos/as participantes (niños, niñas y familias).

El Modelo Residencial Terapéutico Integrado es ejecutado por el **Equipo Integrado** y está constituido por todos los/las profesionales, técnicos y personal de apoyo transversal de ambos programas, liderado y articulado por la figura del Director/a (que es compartido por la Residencia y el Programa Fortalecimiento Familiar), cuyas acciones, desde su especificidad, persiguen un fin común, que es la restitución del derecho de los niños y las niñas a vivir en una familia estable y protectora.

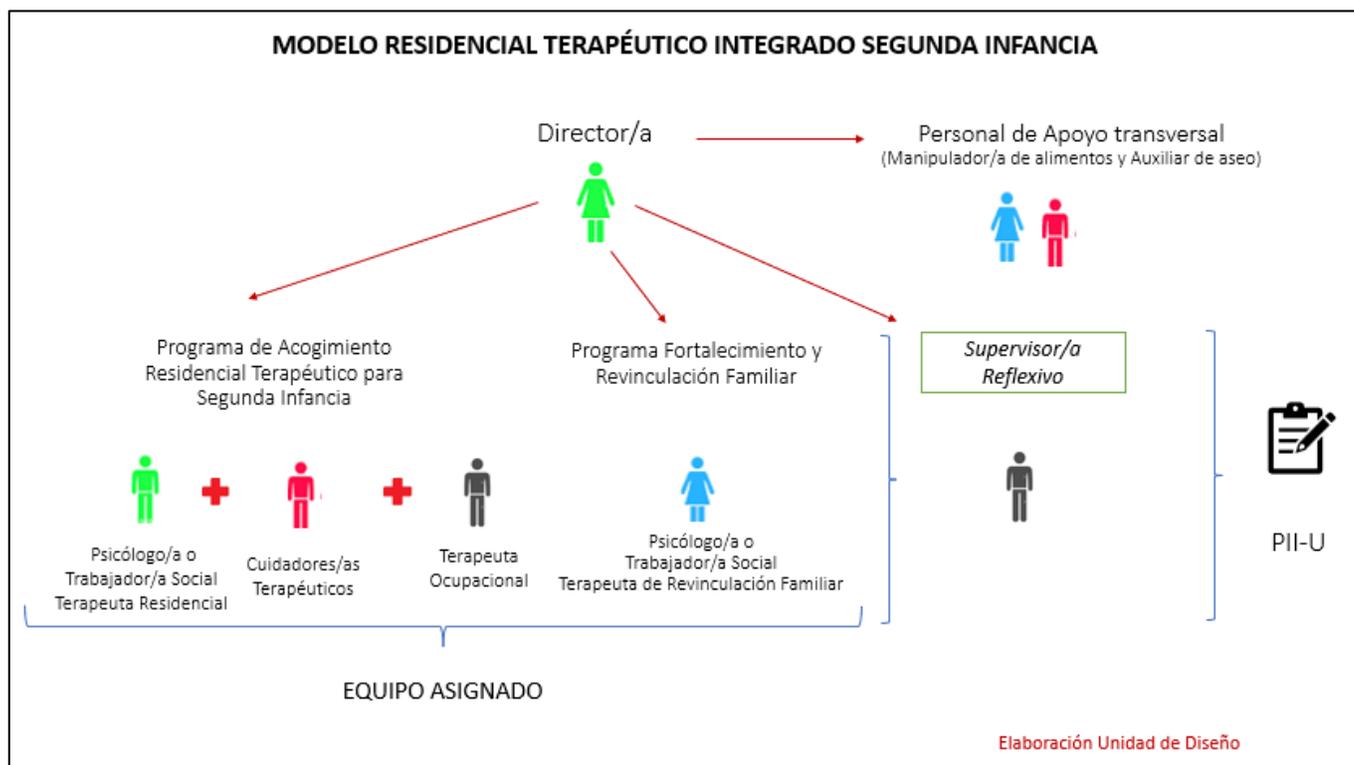
Por otra parte para el acompañamiento personalizado a cada niño o niña y su familia se conforma el **Equipo Asignado**, constituido por el/la **Terapeuta Residencial** (Psicólogo o Trabajador/a social de la residencia), el/la **Terapeuta de Revinculación Familiar** (Psicólogo/a o Trabajador/a Social del Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar), **el/la Terapeuta Ocupacional** de la residencia y un/a **Cuidador/a Terapéutico** de la residencia, los cuales son responsables del ajuste e implementación del Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U) del niño/a de manera coordinada y colaborativa.

El/la Terapeuta Residencial de este programa complementa su labor con el /la Terapeuta de Revinculación Familiar del programa Fortalecimiento y Revinculación encargado/a del acompañamiento terapéutico familiar, siendo necesario que sea de la profesión complementaria para resguardar la mirada psicosocial.

El Plan de Intervención Unificado (PII-U) corresponde al instrumento técnico de planificación de la intervención que estipula los objetivos, actividades, plazos y responsables, según la situación, necesidades y características del niño/a y su familia y se construye participativamente. Este emana del Plan de Intervención Individual elaborado por el Programa de Diagnóstico Clínico Especializado el cual se actualiza en este Modelo Residencial Terapéutico Integrado.



A continuación, se presenta de manera gráfica el Modelo Residencial Terapéutico Integrado:



Al respecto, es crucial comprender que los integrantes del equipo que trabajan con cada niño/a y su familia de origen desarrollan distintos roles y acciones, lo cual no implica jerarquías entre ellos/as, sino que, por el contrario, requieren de la coordinación y colaboración para alcanzar los objetivos establecidos en el PII-U, siendo responsabilidad del Director/a crear un clima laboral y ejercer un liderazgo que permita asegurarlo.

El Equipo Integrado en su conjunto participa en el marco de intervención de Acompañamiento Residencial Terapéutico, el cual se define como: “el uso planificado de un ambiente de convivencia multidimensional, construido a propósito, diseñado para desarrollar o proveer tratamiento, educación, socialización, apoyo y protección a niños y jóvenes con necesidades reconocidas de salud mental o conductuales, en cooperación con sus familias y la colaboración de un amplio espectro de recursos comunitarios formales e informales” (Whittaker et al., 2017, p. 3), siendo la base para alcanzar los objetivos del Plan de Intervención Individual Unificado elaborado mancomunadamente entre el Equipo Asignado, el niño, niña y su familia.

Supervisor reflexivo: que es parte del equipo integrado, se entenderá por este rol a él o la profesional que acompaña al equipo integrado en la reflexión de su práctica terapéutica residencial. La supervisión reflexiva es una estrategia que se centra en la reflexión sobre las experiencias, sentimientos, y pensamientos relacionados con el trabajo. Se caracteriza por la escucha activa, la formulación de preguntas reflexivas, y la creación de un ambiente seguro y de apoyo. Este proceso es transversal al interior de la residencia.

IV. MARCO CONCEPTUAL



En el presente apartado se entrega un marco conceptual en el cual se sostiene la apuesta técnica de la Residencia Terapéutica para Segunda Infancia, abordando las siguientes materias: Segunda infancia desde un enfoque de curso de vida; violencia y separación familiar: efectos en el desarrollo de los niños y las niñas; y cuidado residencial terapéutico sensible a las necesidades de la segunda infancia.

4.1 Segunda Infancia desde un enfoque de curso de vida

El Comité de los Derechos del Niño en su Observación General N° 7 establece que la primera infancia comprende el período de los 0 hasta los 8 años, siendo una etapa crucial de la trayectoria de vida de los y las niños y niñas, por cuanto los primeros años son la base de su salud física y mental, de su seguridad emocional, de su identidad cultural, personal y del desarrollo de sus competencias (ONU 2005). Para fines operativos de esta base técnica, se distinguirá entre: el tramo de edad de 0 a 3 años y el tramo de 4 a 8 años, denominando a este último como segunda infancia, como fue señalado en el apartado de Introducción.

Considerar a la población de segunda infancia, desde un enfoque de curso de vida permite revisar sus trayectorias y los apoyos que requieren para alcanzar su máximo potencial de desarrollo, a través del respeto, protección y ejercicio pleno del conjunto de derechos. **El enfoque de curso de vida** plantea que existe una fuerte vinculación “entre las experiencias de vida de los sujetos, los marcos institucionales en que éstas se desenvuelven y los contextos sociohistóricos específicos que condicionan la experiencia de una cohorte particular” (Sepúlveda, 2010, p.31). Desde este punto de vista, se considera a los individuos en grupos de edad, en referencia con su entorno social y momentos históricos (Sepúlveda, 2010; Consejo de Infancia, 2016). Por lo tanto, no sólo se considera su edad cronológica, sino cómo ese grupo etario se desarrolla en un contexto sociocultural y tiempo determinado.

Conceptos claves dentro de este enfoque, son los de trayectoria y transición, que otorgan una mirada a largo plazo. La **trayectoria** alude al itinerario de vida de las personas; el proceso que marca el comienzo y fin de un ciclo entendido como un todo unitario, en cambio, la **transición** hace referencia a los diversos episodios en que se desagrega esa trayectoria, “no necesariamente predefinidos o predeterminados, pero que marcan cambios en el estado, posición o situación de los individuos al interior de la sociedad” (Sepúlveda 2010, p.34), como sería para los niños/as el ingreso a la escuela, a partir de lo cual se constituyen en estudiantes. Otra denominación, son los **turning point**, los cuales “son eventos que provocan fuertes modificaciones que, a su vez, se traducen en virajes en la dirección del curso de vida” (Blanco, 2011, p.13). Estos eventos son fácilmente identificables y pueden ser favorables o desfavorables, entre las cuales podrían reconocerse las situaciones de desprotección que afectan a los niños y niñas, que motivan su ingreso a cuidado alternativo residencial.

Por su parte, la niñez requiere ser considerada desde la perspectiva de desarrollo que plantea una serie de características, que apuntan a considerar a los niños y las niñas como sujetos sociales, superando una mirada asistencial. Dichas características son: la **multidimensionalidad**, ya que incluye el mejoramiento de diversas áreas, las cuales se encuentran interrelacionadas; la potencialidad, referida al conjunto de capacidades que se pueden desarrollar si se cuenta con las condiciones apropiadas; la continuidad, puesto que el nacimiento marca el comienzo de un proceso que se extiende toda la vida; es integral, ya que deben considerarse de manera interrelacionada todos los factores que influyen en el



desarrollo humano, y es adaptativo, porque implica preservar el sentido histórico de los individuos (Myers, en Amar Abello y Tirado, 2014). En este sentido, un modelo residencial terapéutico integral de atención a la niñez requiere considerar de manera interrelacionada distintas dimensiones, es decir, lo que le ocurre internamente a los niños y las niñas, los vínculos con su familia de origen, sus interacciones con los otros/as y su entorno socio-comunitario. Asimismo, las relaciones entre el niño o niña con su medio no se presentan en una sola dirección, pues él o ella son influenciados por el medio, pero también los niños/as impactan y modifican sus entornos con sus acciones, intenciones, inteligencia y afectos (Amar, Abello y Tirado, 2014). Esta mirada es coherente con el enfoque de derechos de la niñez, ya que les considera a ellos y ellas como sujetos titulares de dichos derechos y como agentes activos que participan en la sociedad, lo cual tendría que promoverse en los niños y las niñas que permanecen en cuidado residencial.

En coherencia con lo anteriormente planteado, el subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece (actual Chile Crece Más), plantea que el país debería considerar una visión integral del desarrollo infantil, reconociendo que éste es altamente sensible a las influencias de los contextos en los cuales viven los niños y las niñas, lo cual impacta no sólo en su vida actual, sino que también en su vida futura. De este modo, promover el desarrollo integral de ellos y ellas, implica realizar acciones para influir favorablemente sobre todos los aspectos que impactan en las distintas dimensiones de su desarrollo (físico, cognitivo, emocional y social), y a la vez en los espacios en que este desarrollo se produce: individual, familiar, escolar y comunitario, (Ministerio de Desarrollo Social, 2015). Asimismo, reconoce que, desde el nacimiento hasta los 8 años, es una etapa clave para la vida futura, puesto que se estructuran las bases del ser humano y se producen aprendizajes especialmente significativos respecto a sí mismo/a, los otros/as y su entorno, presentándose, además, períodos críticos y ventanas de oportunidad que impactan en su desarrollo posterior. Mas aún, los estudios en neurociencias destacan que el desarrollo cerebral tiene períodos de extrema plasticidad en este período, por tanto, las acciones precoces de estimulación y cuidado logran resultados altamente efectivos, de lo contrario, si su entorno presenta alta vulnerabilidad y no reciben los cuidados adecuados, se compromete su desarrollo posterior (Ministerio de Desarrollo Social, 2015). Es por ello, que es clave que niños y niñas reciban los cuidados y apoyos que requieran de manera oportuna, asegurándoles un desarrollo integral para que alcancen su máximo potencial como personas.

En el desarrollo infantil entran en juego diversos factores, como lo genético, las experiencias tempranas y las relaciones iniciales. Esta postura no niega la importancia de los aspectos biológicos, sino que releva la importancia de los entornos, ya que, si se brindan los sistemas de soportes necesarios, es posible trascender las limitaciones biológicas. Para Amar, Abello y Tirado (2004), es “la cultura, y no la biología, la que moldea la vida y las mentes humanas” (p.82). Este planteamiento promueve que los programas de atención a la niñez propongan un modelo terapéutico de atención integral que incorpore las distintas dimensiones involucradas en el desarrollo infantil y los distintos sistemas en los cuales participa un niño o niña, así como su familia y su entorno, entendido como familia extensa, su comunidad, la escuela, el sistema de salud, entre otros.

Teniendo como marco estos enfoques, es necesario revisar aspectos del desarrollo infantil para comprender los procesos evolutivos por los cuales transitan los niños y las niñas y, de



esta manera responder adecuadamente a sus necesidades, tomando como referencia (y no de manera taxativa) su etapa del desarrollo y características particulares. Con la finalidad de realizar una descripción más precisa se distinguirán los requerimientos de los niños/as de 4 años y los de 5 a 8 años, tomando como referencia lo propuesto por Chile Crece Contigo, programa que enfatiza que en el tramo de 5 a 8 se produce la entrada a la escuela, lo cual amplía su mundo, ya que se relacionarán con profesores y nuevos grupos de pares.

Requerimientos de niños y niñas de 4 años, en los ámbitos de desarrollo físico y psicomotor, cognitivo y socio emocional¹⁰:

- Para estimular su desarrollo físico y psicomotor, niños y niñas de 4 años necesitan recibir una alimentación sana y nutritiva, realizar todos los días actividad física, como correr, saltar y jugar. También, horas de descanso adecuadas, recomendándose entre 10 y 13 horas de sueño. Asimismo, requieren vivir en un ambiente libre de humo de tabaco, limpio y seguro respecto de accidentes. También, necesitan que se les enseñe y practicar hábitos de higiene personal y recibir los controles de salud de acuerdo con su edad, de manera periódica y oportuna cuando presenten enfermedades.
- En relación con el desarrollo cognitivo, este requiere que los adultos les demuestren afecto y aprobación y que los consuelen y tranquilicen cuando se sientan intranquilos/as o temerosos/as, generando una relación segura desde la cual explorar y aprender. Además, de que les señalen reglas razonables para su edad, respondan sus interrogantes con franqueza, les otorguen experiencias para ejercitar su autonomía e independencia de manera protegida y que jueguen con ellos o ellas.
- Respecto al desarrollo socio emocional, les agrada compartir con pares, sus emociones son fluctuantes, en períodos están calmados y cooperativos y en otros se muestran más desafiantes con los adultos/as. Presentan conductas cambiantes, pueden cumplir reglas simples, aunque no siempre lo hagan, pueden sentirse interesados/as en los sentimientos de los demás, requieren que se les señale qué es lo correcto y que sus cuidadores/as les digan de manera clara y amable lo que se requiere de ellos y ellas.

Requerimientos de niños y niñas de 5 a 8 años, en los ámbitos de desarrollo físico y psicomotor, cognitivo y socio emocional:

- En el desarrollo físico y psicomotor niños y niñas entre los 5 y 8 años se enferman mucho menos que en las etapas anteriores, no obstante, requieren que sus adultos/as cuidadores/as los lleven a los controles médicos y de salud oral cuando corresponda y los atiendan de manera oportuna cuando se enfermen. También, es importante que vigilen su estado nutricional, sus horas de sueño y estimulen la actividad física de manera diaria. A esta edad, los niños y las niñas presentan un lenguaje amplio, corren, saltan, gustan de realizar diversos deportes, pueden andar en bicicleta, scooter, skate

¹⁰ Lo expuesto consideró como referencia los Talleres de habilidades de crianza para padres, madres y cuidadoras(es) de niños y niñas de 0 a 5 años “Nadie es Perfecto”, elaborado por Chile Crece Contigo, disponibles en:

<https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/nadie-es-perfecto-comportamiento.pdf>

https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2020/04/Nep_Desarrollo-mental-V2019.pdf

https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2020/04/Nep_Desarrollo-fisico-V2019.pdf



y dominan el subir y bajar escaleras. Es importante que los/las adultos/as promuevan que participen y tomen decisiones en actividades de la vida diaria, como elegir su ropa, vestirse, hacerse cargo de su higiene personal, ordenar su pieza y colaborar en tareas domésticas acorde a su edad y características.

- Respecto del desarrollo cognitivo, niños y niñas de 5 y 6 años aún presentan un pensamiento centrado en sí mismos/as y mezclan fantasía con realidad; aunque en temas cotidianos su pensamiento es más lógico y consideran otros puntos de vista. En tanto a los 7 y 8 años, presentan una mayor capacidad de utilizar el sentido común y de resolver problemas cotidianos, además de presentar un incremento de sus aprendizajes.
- En relación con el desarrollo socio emocional, entre los 5 y los 8 años, salen del hogar para incorporarse a espacios escolares, lo cual les demanda convivir y relacionarse con nuevos adultos/as y pares, favoreciendo el desarrollo de la empatía. Para contribuir a lo anterior, los/las adultos/as pueden promover espacios para que ellos y ellas puedan compartir con otros niños y niñas. Por su parte, los niños y las niñas a los 5 años presentan un sentido de sí mismo/a influenciado por los vínculos con su familia, formando de este modo su autoconcepto. El o los/las adultos/as pueden favorecer este proceso alentando su autonomía y auto confianza. Además, comienzan a comprender y considerar las emociones de los/las otros/as, mientras que se encuentra en proceso su auto regulación. A los 6 y 7 años, la imagen de sí mismos/as es más estable, logran expresar de mejor manera sus emociones, no obstante, requieren apoyo para regularlas por parte de los adultos/as. A los 8 años, comienzan a comprender el concepto que tienen de sí mismos/as, integrando características positivas y negativas, incrementan sus capacidades para enfrentar situaciones difíciles y toleran mejor la frustración. También, comprenden que los/las demás pueden tener pensamientos y creencias distintas a las suyas. Requieren que los/las adultos les otorguen seguridad y fortalezcan su autonomía.

En síntesis, el tramo de 5 a 8 años niños y niñas presentan una importante evolución en su forma de pensar, su desarrollo emocional es intenso, equilibrando sus emociones. Además, necesitan que sus adultos/as a cargo sigan preocupándose de su salud física y estado nutricional, como también, que promuevan su autonomía y autoconfianza en el desarrollo de tareas adecuadas para su edad, les incentiven a efectuar actividad física, el desarrollo del juego, la lectura, la realización de las tareas escolares y la utilización adecuada de la tecnología.

Finalmente, cabe señalar que lo expuesto en este apartado es importante para considerarse transversalmente en cómo se estructura la residencia y en el proceso con cada niño o niña, para responder a sus necesidades evolutivas, características y necesidades individuales, considerando su contexto histórico y socio cultural.

4.2 Violencia y separación familiar: efectos en el desarrollo de los niños y las niñas

El Comité de Derechos del Niño, preocupado por la persistencia, a nivel mundial, de la violencia hacia niños, niñas y adolescentes, emite la Observación General N° 13 (UNICEF,



2014), referida al “Derecho del Niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia”, solicitando a los Estados parte reforzar y ampliar las medidas destinadas a terminar con ésta y aporta orientaciones que les permitan ajustar su legislación para prohibir y sancionar todas las formas de violencia hacia niños, niñas y adolescentes (ONU, 2011). En este documento, se conceptualiza la violencia como, “toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual” (ONU, 2011, p. 4) y define los tipos de maltrato o violencia, los que incluyen el descuido o trato negligente; violencia mental o maltrato psicológico; violencia física; castigo corporal; abuso y explotación sexual; tortura y tratos o penas inhumanas o degradantes, violencia a través de las tecnologías de la información y comunicación y, violación de los derechos de los niños en las instituciones, entre otros. Añade, además, que los diferentes tipos de violencia son ejercidos por distintos actores, siendo frecuente aquellas producidas en el ámbito familiar, por lo que es preciso adaptar medidas de intervención y apoyo en dichos casos (ONU, 2011).

Esta problemática, no es ajena a nuestro país, de hecho, la Tercera Encuesta Longitudinal de Primera Infancia -ELPI- (MINDESU/UNICEF, 2017), indaga sobre métodos de disciplina utilizados por padres, madres o cuidadores. El estudio informa que, según el reporte de estas figuras, el 62,5 % de los niños, niñas y adolescentes entre 5 a 12 años han vivenciado métodos disciplinarios violentos de carácter psicológico y/o físico por parte de sus cuidadores/as y que sólo el 31,7% de los hogares reporta métodos disciplinarios no violentos. La violencia psicológica con un 56,9% es la de mayor prevalencia, respecto de la violencia física que, asciende a un 32,5%.

Sobre el particular, es posible señalar que existe consenso en la literatura especializada sobre los distintos efectos que genera la violencia en la vida actual y futura de las personas. Al respecto, Felitti (2002) acuña la noción de **Experiencias Adversas en la Niñez (ACE)**, definiéndolas como eventos que ocurren en la infancia y que pueden ser potencialmente traumáticos. Dichas experiencias dependen de la ocurrencia de una cadena de eventos negativos relacionados entre sí, sumado a la falta de recursos individuales, familiares y/o ambientales para enfrentarlos satisfactoriamente y regular su impacto en el ciclo de vida del niño/a (Vega-Arce & Nuñez-Ulloa, 2017). Los hallazgos de las investigaciones en esta materia arrojan que existen asociaciones entre las experiencias adversas con distintos impactos a nivel del neurodesarrollo; del desarrollo social; emocional y cognitivo, como también, la afectación en la salud física y finalmente, en la expectativa de vida (Anda et al., 2006).

Complementariamente, es preciso indicar que, si bien, las ACE tienen relación con la experiencia del maltrato, su ocurrencia no está dada solamente por su cantidad o intensidad, sino fundamentalmente, por la forma en que reacciona el contexto que le rodea, así como el soporte protector y afectivo que se le brinda. Por tanto, que una experiencia pueda configurarse como traumática también dependerá de cómo el niño/a la significa, ya que ésta afecta a cada individuo de manera diferente, dependiendo de sus valoraciones de desprotección a nivel individual, familiar y contextual. A estos planteamientos, Gómez (2013), contribuye señalando que ello podría darse a la imposibilidad de las figuras parentales o de cuidado de responder adecuadamente a las angustias, ansiedades y necesidades de su hijo o hija frente a un evento perturbador. Por todo lo anterior, es posible establecer que no todas las experiencias adversas son experiencias traumáticas, siendo relevante distinguir



conceptualmente las experiencias adversas del trauma (Cohen & Mannarino, 2017; McCrory & Viding, 2015; Van der Kolk, 2015).

Según definición de Van der Kolk (2007), “el trauma ocurre cuando un individuo experimenta un evento intenso que daña o amenaza con dañar su bienestar físico o emocional o el de alguien cercano a él”, (en Bailey, et al., 2019, p. 2). Complementariamente, el panel de expertos de SAMHSA (2014) plantea que este evento o serie de eventos que experimenta un individuo como física o emocionalmente dañino o que amenaza su vida, ocasiona efectos adversos y permanentes en su funcionamiento, a nivel mental, físico, social, emocional y/o en su bienestar espiritual.

En este orden, dicho panel de expertos (SAMHSA, 2014) agrega que el **trauma está conformado por tres variables**: (1) el **evento** (que puede ocurrir de forma única o repetida a lo largo del tiempo) y que es entendido como una amenaza real o extrema de daño físico, psicológico o negligencia grave y que es potencialmente mortal, revistiendo peligro para el desarrollo saludable del niño o niña; (2) la **experiencia subjetiva del evento** que, depende de cómo el individuo catalogue, signifique y lo afecte física y/o emocionalmente para ser experimentado o no como traumático. Dicha experiencia puede relacionarse con distintos factores, como sus creencias culturales, la disponibilidad de apoyo social y su etapa de desarrollo, entre otros y (3) el **efecto adverso y persistente del o los eventos**, que se constituyen en un elemento crítico del trauma, cuya duración puede ser de corto a largo plazo y pueden presentarse de manera inmediata o tardíamente.

La evidencia ha confirmado consistentemente los efectos negativos del trauma en el desarrollo físico, neurológico, emocional y social de niños y niñas, especialmente cuando el trauma se experimenta durante la infancia (van der Kolk, 2007; Siegel, 2007 en Bailey, et al., 2019). De este modo, se afecta la capacidad del niño o niña para afrontar el estrés y las tensiones propias de la cotidianidad; así como la capacidad para confiar y beneficiarse de las relaciones con otras personas; gestionar procesos cognitivos (como la memoria, la atención y el pensamiento); regular el comportamiento o para controlar la expresión de emociones (SAMHSA, 2014). Coherente con lo anterior, Hummer, Dollard, Robst y Armstrong, (2010), plantean que estas experiencias pueden afectar la salud física y las relaciones sociales, así como el comportamiento y la salud mental de los niños y las niñas, pudiendo tener un impacto profundo en su bienestar a lo largo de la vida (en Bailey et al., 2019).

Las experiencias adversas y traumas en la niñez pueden impactar directamente al desarrollo y funcionamiento del cerebro. Para una mejor comprensión de ello, (Paul McLean, 1990, en Holden, et al., 2020, p. 32 y 33) aporta con el **modelo del cerebro triúnico**, conformado por tres regiones básicas del procesamiento cerebral: (1) **Cerebro de supervivencia**, “este sistema del cerebro, conocido como cerebro reptiliano, es responsable de funciones de supervivencia como la respiración, el ritmo cardíaco, la circulación y la mayoría de las funciones corporales (autónomas) que no requieren un pensamiento consciente”; (2) **Cerebro emocional**, denominado “sistema límbico, es el centro de las emociones, el comportamiento emocional y la motivación. En esta parte del cerebro se encuentra la amígdala, también conocida como centinela. La función de la amígdala es determinar si algo es o no una amenaza” y (3) **Cerebro pensante**, “se trata del neocórtex y es responsable de funciones superiores como el razonamiento, el lenguaje, la creatividad y el pensamiento abstracto”.



En este marco, Mc Lean 1990 (en Holden et al., 2020, p. 32 y 33) señala que los niños que han experimentado traumas y adversidades especialmente cuando los responsables de ello han sido las propias figuras de cuidado, tienen un cerebro emocional permanentemente en alerta máxima. En estos casos, la amígdala, que es muy sensible, envía mensajes de peligro aun cuando no exista un peligro real, donde el cerebro de supervivencia toma el control, sin darle tiempo a que el cerebro pensante intervenga para desarrollar habilidades de regulación emocional. Ello genera una respuesta de estrés, entrando en modo de supervivencia. Estas pueden ser activadas por un recuerdo o memoria de eventos pasados, por una imagen o sonido, generando una respuesta emocional y de amenaza, ya que estos recuerdos se almacenan en el cerebro emocional.

En este contexto, ellos/as tienden a reaccionar exageradamente frente a las situaciones, a recrear eventos y relaciones traumáticas. A este comportamiento se le denomina **comportamiento basado en el dolor**, pudiendo tomar distintas formas, como: arrebatos impulsivos, conductas agresivas, huidas, autolesiones, desafío, retraimiento e inflexibilidad. Suelen desencadenarse cuando los niños y las niñas sienten pérdida de control, recuerdan un evento traumático (consciente o inconscientemente), se sienten amenazados/as, vulnerables, con temor, frustrados/as o agobiados/as. Cuando estos se desencadenan, los niños/as entran en modo de crisis y supervivencia, siendo incapaces de autorregularse; de corregir sus emociones o gestionar sus comportamientos. Por ello, es imprescindible comprender que, “cualquiera sea el comportamiento que ellos/as manifiesten, aun estando en contextos de cuidado y protección, está estrechamente relacionado con una necesidad y con los sentimientos asociados al intento de satisfacer esa necesidad”, requiriendo para ello indagar el origen que hay a la base del comportamiento (qué dolor o necesidad emocional se está expresando) y no centrarse sólo en la conducta, a fin de responder a sus necesidades, ayudándole a co-regular sus emociones (Holden, et al., 2020, p. 33).

En coherencia con lo antes señalado, Holden, et al. (2020, p.26.) añaden que, “los niños y niñas, necesitan experiencias normales de desarrollo, relaciones de afecto, oportunidades de participar y contribuir y apoyo para enfrentar los retos del día”. Así también plantean que, dada la adversidad de sus historias, es crucial responder a sus requerimientos y necesidades de manera personalizada, a fin de ayudarles a sanar y recuperar las habilidades perdidas o que no lograron desarrollar. Al contar con una figura de cuidado adulta, podrán aprender a gestionar de manera distinta la multiplicidad de situaciones cotidianas, a resolver problemas y establecer relaciones positivas con otros/as.

A lo anterior, se suma la **separación familiar temprana** que afecta a aquellos niños/as en situación de desprotección avanzada que, por una medida judicial, son separados de sus familias e ingresados al sistema de cuidados alternativos, generando “una ruptura en su experiencia vital, una discontinuidad muchas veces desgarradora como consecuencia de la medida de protección y que no es debidamente acompañada e integrada por los contextos residenciales” (Morales, 2019, p. 57) y que por tanto, al ingresar al acogimiento residencial o familiar, podría ser víctima de una doble vulneración de derechos, por una parte, de aquella vivenciada en su contexto familiar y que originó su ingreso al sistema proteccional y por otra, al quedar expuesto a la pérdida de sus vínculos primarios (Marchant, 2015), estimándose además, que dicha separación, podría constituirse en un evento traumático para el niño/a



(Humphreys, 2011, en Morales 2019). Según el autor, esta separación afectiva hace referencia a tres dimensiones: (1) una experiencia de discontinuidad de las rutinas del niño/a; (2) una experiencia de extrañamiento y desplazamiento territorial al salir su contexto comunitario (3) una experiencia de desarraigo e injusticia que lo/a expone a la pérdida brusca de su historia e identidad, pudiendo afectar sus vínculos afectivos (Spitz, 1965, en Morales 2019), generando un alto sufrimiento subjetivo (Save the Children, 2013).

Asimismo, Mitchell, Tucci & Tronick, (2020), señalan de la oferta de protección residencial que, estas instituciones no siempre realizan un proceso de transición de los cuidados, al menos no inicialmente, en la mantención de conexión y vínculos afectivos con la familia, lo que perpetúa en el niño o niña, su sensación de inestabilidad.

Por su parte, Moretti y Torrecilla (2019), respecto de los **efectos de la institucionalización** en niños y niñas, concluyen que debido a los efectos psicoafectivos (carencia afectiva crónica en los vínculos; dificultades en el desarrollo infantil y en las funciones ejecutivas y apego inseguro o desorganizado, entre otras secuelas), se debe procurar que la población infantil permanezca el menor tiempo posible en las instituciones, siendo evidentemente una medida de urgencia y de último recurso. Di Lorio y Seidmann (2012), añaden que la institucionalización, interfiere en el desarrollo emocional y social de los niños y las niñas; altera la vida cotidiana y los separa de su grupo de pertenencia, siendo necesario desarrollar acciones que mitiguen el impacto de estas situaciones, prestando atención a las significaciones que éstos/as otorgan a su permanencia en cuidado residencial.

En síntesis, la evidencia da cuenta de la magnitud y complejidad del fenómeno de la violencia que afecta a los niños y las niñas y de las graves consecuencias en su desarrollo. Lo anterior, impone la necesidad de interrumpir las dinámicas de violencia y abordar las consecuencias del maltrato, evitando un daño permanente en su desarrollo. Por lo anterior, es prioritario, además, relevar la importancia de las Residencia Terapéuticas para Segunda Infancia como un espacio de acompañamiento terapéutico y de cuidados sensibles destinado a interrumpir trayectorias de violencia vivenciadas por esta población infantil y contribuir a reparar su confianza en las personas adultas a cargo de su cuidado.

4.3 Cuidado residencial terapéutico sensible a las necesidades de la segunda infancia

Las Directrices sobre modalidades alternativas de cuidado de niños (ONU, 2010), establecen pautas orientadoras para la política pública y medidas para llevar a la práctica el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño y su plena observancia en el contexto de la separación del niño y la niña de su grupo familiar.

En este sentido, es posible señalar que, se ha acrecentado el debate respecto de modos de trabajo en el ámbito de la protección residencial, lo que se observa en el esfuerzo internacional por la conversión de residencias masivas, a otras de menor número de integrantes y con orientación claramente familiar (Bravo y Fernández del Valle, 2009). Es así, como en la actualidad existen países que cuentan con experiencia consolidada en este tipo de residencias familiares, mientras que otros, como en el caso de nuestro país, se encuentran en



una fase de implementación en todos los rangos etarios de la protección infantil y adolescente.

Sumado a lo anterior, el Grupo de Trabajo “Therapeutic Residential Care for Children and Youth” (Whittaker et al., 2017), aporta con un conjunto de principios que debieran guiar la intervención en contextos residenciales de calidad, entre los cuales destacan el **garantizar la protección y seguridad de quienes los habitan, forjar y mantener vínculos familiares fuertes y vitales, residencias conectadas con las comunidades, culturas y redes de relaciones sociales que definen e influyen en los niños, niñas y sus familias y el aprendizaje a través de la convivencia, donde la enseñanza se da principalmente a través de una serie de relaciones profundamente personales y humanas (entorno terapéutico).**

Los mismos autores han definido el **Acogimiento Residencial Terapéutico (ART)** como “el uso planificado de un ambiente de convivencia multidimensional, específicamente construido, diseñado para proporcionar o reforzar tratamiento, educación, socialización, soporte y protección a niños y jóvenes con problemas conductuales o de salud mental, en colaboración tanto con sus familias como con un amplio espectro de recursos comunitarios de ayuda formales e informales” (Whittaker et al., 2017, p.291).

Como es posible observar, esta definición engloba varios conceptos relevantes para la consideración de las presentes orientaciones, y que se relacionan con la planificación, búsqueda de recursos en la comunidad, cooperación con familias y provisión de elementos que apuntan al desarrollo integral de niños y niñas atendidos/as en el cuidado residencial, reconociendo sus necesidades especiales y diferenciadas. Asimismo, se consignan **5 principios básicos que, a discernimiento de dichos expertos/as, deben guiar la intervención del ámbito residencial**, siendo éstos:

- 1) El primer principio es **no perjudicar**, enfatizando con ello la idea de que la seguridad y protección de los niños y las niñas es prioridad para hablar de un acogimiento residencial terapéutico de calidad.
- 2) La **colaboración entre las familias y el equipo de la residencia**, centrando el esfuerzo en la formación y mantención de vínculos familiares fuertes y vitales. Esto implica conservar siempre que sea posible, el vínculo de niños y niñas con su familia de origen, permitiendo y potenciando su participación en aspectos cotidianos de la residencia y vida del niño o niña, como también, promover la toma de decisiones conjunta y la responsabilidad compartida en el proceso de intervención.
- 3) El acogimiento residencial terapéutico debe reconocerse dentro de **un sistema de relaciones familiares, comunitarias y culturales** que han de considerarse en el diseño particular de la intervención para cada niño o niña, manteniendo el respeto por sus particularidades, necesidades y fortalezas.
- 4) El **aprendizaje a través de la convivencia**, comprendiendo que éste se da en una serie de relaciones que se vuelven cercanas y personales, recalcando el trabajo en el espacio de la cotidianidad.



- 5) La **identificación de modelos o estrategias para la práctica que muestren ser efectivos**, replicables y generalizables en el sentido de otorgar con claridad, un acceso pleno a las redes comunitarias.

En consistencia con lo anterior, **los modelos residenciales han ido incorporando el enfoque informado en trauma**, lo cual se traduce en **(1) consciencia del impacto generalizado del trauma, (2) comprender las posibles vías para la recuperación, (3) reconocer los signos y síntomas de trauma** en los niños, niñas, las familias, el personal y de otras personas con el sistema; y **(4) responder integrando plenamente los conocimientos sobre trauma** en las políticas, procedimientos y prácticas en las instituciones (SAMHSA, 2014).

El cuidado basado en el enfoque informado del trauma requiere la toma de conocimiento, sensibilidad y comprensión de los adultos cuidadores respecto del impacto de las experiencias de violencia y adversidades tempranas que han afectado a los niños y niñas (Burns & Emond, 2023), asumiendo que la experiencia traumática ha condicionado su desarrollo vital, determinando sus creencias, ideas y concepción de la realidad, siendo un marco para comprender que estas pueden definir y afectar profundamente el núcleo de la identidad (Levenson, 2017, en Munizamy & Elze, 2020). Como consecuencia de lo anterior, se releva la necesidad de brindar atenciones que reconozcan la “vulnerabilidad emocional de los sobrevivientes al trauma, siendo importante no repetir inadvertidamente dinámicas de interacciones abusivas en la relación de ayuda” (Morrison et al., 2015 en Levenson, 2017, p.6).

En el mismo sentido, **la práctica sensible al trauma en el contexto residencial** implica: **(1) tener un conocimiento profundo de los/las niños/as y sus historias de vida, familiares y de vulneración**, y **(2) el reconocimiento constante de los efectos** de las trayectorias traumáticas en sus sistemas nerviosos, y con ello, en sus comportamientos cotidianos (UNICEF, 2024). En este sentido, todos/as los/as adultos/as dentro del espacio residencial deben estar preparados/as para comprender que hay estímulos cotidianos que pueden gatillar en los niños y las niñas sensaciones corporales que los conectan con sus historias de trauma, y desencadenan respuestas reflejas, sobre las cuales estos/as no tienen control (UNICEF, 2024). Uno de los objetivos del acogimiento residencial sensible al trauma es remplazar, a través del aprendizaje, estas respuestas reflejas por nuevas estrategias para enfrentar los estímulos que las desencadenan, avanzando en integrar respuestas reflexivas, que permiten paulatinamente regularse y manejar las emociones, siendo acompañados/as por un/a adulto/a (Holden et. al, 2020).

En este marco para la intervención, lo **terapéutico** es entendido como prácticas “a través de las cuales se contribuye en colaboración con las personas, a producir los cambios necesarios en la experiencia subjetiva de éstas y en su situación ambiental, con el fin de mejorar el bienestar psicosocial y reducir las condiciones perturbadoras de éstas” (Regalado, 2022, p.42), siendo las principales herramientas las narrativas, la comunicación y la relación entre el equipo residencial y los/las niños/as, en un entorno relacional respetuoso de los derechos humanos. De este modo, la base del proceso interventivo en el espacio residencial son el equipo mismo y sus relaciones terapéuticas con los/las niños/as (Holden, 2020).

Asimismo, un elemento central a tener en consideración para la **creación de un ambiente terapéutico** es la **práctica informada sobre el trauma**, la que tiene una comprensión y



sensibilidad del impacto de las experiencias de violencia, donde se reconoce la vivencia de los niños y las niñas y sus familias de tener que enfrentar adversidades tempranamente. Este entorno se construye aplicando **cinco principios básicos del enfoque informado en trauma: seguridad; confianza; colaboración; elección (participación en la toma de decisiones) y empoderamiento** (Levenson, 2017), a través de una intervención que ofrece dinámicas interpersonales saludables en la relación dentro de la residencia.

Esta práctica informada en trauma se hace tangible considerando los entornos que rodean al niño o niña, el que contempla no sólo el entorno residencial, sino todos los demás sistemas que conforman el mundo del niño o niña (p. ej., la familia, la escuela, la comunidad). Estos ambientes se encuentran integrados “por personas, emociones, actitudes y objetos físicos y se trata del espacio físico, social, cultural, emocional e ideológico donde viven y trabajan los niños y el equipo” (Holden, et al., 2020. p. 23). Así, este ambiente terapéutico debe ofrecer un entorno de cuidado, seguro y enriquecedor en el que los niños y las niñas pueden resignificar sus experiencias, aprender y practicar continuamente nuevas formas de relacionarse y desarrollarse en su vida, siendo la residencia este espacio mientras los niños y niñas permanecen en ella.

Por su parte UNICEF, (2024) enfatiza que **la seguridad es el piso** que deben tener los niños, niñas y equipos, lo cual está a la base del proceso de intervención). Este piso de seguridad abarca distintos ámbitos como son: construir un entorno de aprendizaje en la convivencia, incorporar a la familia o vínculos significativos de niño/a y los recursos de la comunidad (Whittaker et al., 2017) y desarrollar un acompañamiento culturalmente pertinente (Holden et al., 2020).

La mirada desde un **marco culturalmente sensible** hacia los niños, niñas y sus familias, es también parte de las consideraciones de un cuidado informado sobre trauma. Holden, et al. (2020) plantea que éstos/as son parte de un amplio abanico de diversidad cultural que incluyen la etnia, identidad de género, idioma, fe, su ubicación geográfica, su educación y situación socioeconómica, siendo fundamentales de tener en cuenta al momento de la intervención, tanto respecto de niños, niñas y familias, como del propio equipo que interviene. A lo anterior contribuye, mantener a los padres, sus hermanos/as y familia en general, lo más involucrados posible en la vida cotidiana de éstos/as de la residencia, dado que ayuda a mantener estos vínculos. No tener estas consideraciones puede generar sentimientos de desvalorización en los niños y las niñas por sentir ignorada su cultura.

Esta mirada intercultural comienza con la comprensión de la propia visión del mundo, así como de la visión del mundo del niño y la familia. Se deben comprender las diferencias culturales y los sistemas de valores de los niños, niñas y sus familias, para ello hay que adaptar las respuestas a los diferentes modelos familiares y estilos de vida. Para los niños y las niñas que han tenido que enfrentarse a distintos tipos de discriminación, las intervenciones insensibles de los/as adultos/as pueden provocar confusión, hostilidad y rabia. De este modo, ser **culturalmente competente** es un proceso que se basa en el respeto, la validación y la apertura hacia otras personas con historias y características diferentes a las nuestras (Holden, et al., 2020).



De este modo **el sistema residencial como un espacio terapéutico**, requiere que quienes cuidan lo hagan desde un **cuidado sensible**¹¹, el cual se desarrolla a partir de la promoción de vínculos al interior del espacio residencial, los que, sumado a lo anterior, consideran normas claras, coherentes y libres de todo tipo de violencia, basadas en el respeto y que a la vez promuevan autonomía. Esta consideración es vital ya que permite a los niños y las niñas sentirse seguros/as, atendidos/as y valorados/as, sentir la confianza para participar en su propio cuidado y alcanzar su potencial. De este modo, satisfacer las necesidades básicas de forma afectuosa y cariñosa fomenta los vínculos y las relaciones terapéuticas, ya que las relaciones de confianza fomentan los sentimientos de seguridad y dan a los niños y las niñas el valor de desarrollar nuevas habilidades. Lo anterior, en un marco de comunicación respetuosa y el reconocimiento de sus sentimientos que ayudan a reconstruir su seguridad emocional (Holden, et al.,2020).

El **espacio terapéutico** alude a la creación de un entorno vital que proporcione a niños y niñas una “sensación de normalidad” (Holden, 2023), cuyas prácticas de colaboración permiten generar cambios en sus propias experiencias, mejorando su bienestar psicosocial (Regalado, 2022). La sensación de normalidad, según Holden (2023), se relaciona con un entorno que dé una apariencia hogareña, y una rutina de actividades que creen una sensación de orden y previsibilidad.

En una residencia terapéutica, un aspecto clave para que la residencia sea un espacio terapéutico es la postura desde donde se sitúa el equipo para vincularse con los niños y las niñas. En este sentido, Holmes, et. al (2020), plantea que es clave el papel del cuidador/a en el contexto residencial, enfatizando que “la herramienta más importante que tenemos para ayudar a los niños a crecer, desarrollarse y prosperar somos nosotros mismos. La mayoría de las crisis pueden prevenirse si satisfacemos las necesidades básicas y de desarrollo de los niños y les ayudamos a sentirse seguros” (p.6). De este modo, “la capacidad para entablar relaciones con los niños a nuestro cargo y tratarlos de forma abierta, sensible, coherente y cariñosa es la contribución más importante que hacemos” (p.7). La autora plantea también que se requiere que el equipo reflexione sobre la práctica, establezca de manera intencionada relaciones que ayuden a los niños/as a aprender y practicar habilidades, generando actividades que favorezcan su crecimiento y desarrollo

Holden, et al. (2020), advierten de la complejidad del trabajo de los/las cuidadores/as, ya que están expuestos al estrés de intentar aliviar el dolor emocional niños y niñas que han sufrido experiencias adversas, puede crearles altos niveles de ansiedad, por lo que la práctica reflexiva, cultura de colaboración y autorreflexión es altamente recomendable al interior de las residencias (Holden, 2023), movilizándolo al/la cuidador/a desde un lugar de saber a uno de curiosidad para aprender de otros (Cardona y Campos, 2018).

Los conceptos desarrollados en este apartado relevan la importancia de favorecer vínculos como factor protector del maltrato y en una práctica del cuidado informado en trauma que sostiene las intervenciones terapéuticas con niños y niñas, siendo sensible a sus necesidades y satisfacción oportuna.

¹¹ Esta denominación se acuña a partir de las prácticas de equipos residenciales con niños y niñas de primera y segunda infancia. Lo cual tiene sustento en la literatura especializada en temáticas de apego.



V. PARTICIPANTES DE LA RESIDENCIA

La presente modalidad de cuidado alternativo residencial está dirigida a niños y niñas entre 4 años a 8 años, 11 meses y 29 días de edad, los cuales se encuentran en una situación de desprotección avanzada¹², razón por la cual han debido ser separados temporalmente de su núcleo familiar, por orden judicial, decretada por un juez con competencia en Familia.

Excepcionalmente, podrán ingresar a esta residencia niños y niñas de entre 9 y 10 años, si así lo justificara la consideración de su interés superior, ya sea para facilitar la intervención con las familias y redes, evitando el desarraigo; o bien para evitar la separación de hermanos/as de edades cercanas con quien exista vínculo afectivo, entre otras.

Son también participantes del programa las familias o adultos cuidadores de los niños y las niñas, con quienes la residencia realiza intervenciones dirigidas a la pronta restitución del derecho a vivir en familia, y aquellos adultos familiares o relacionados que mantienen una vinculación positiva con los niños/as para la intervención, siempre y cuando, no exista una disposición de la autoridad judicial que lo impida.

Cabe señalar, que se actuará bajo el principio de no discriminación, por lo que no se establece como criterio de ingreso para los participantes del programa su condición étnica o pertenencia cultural, situación socioeconómica, género, nacionalidad, religión u otra razón arbitraria. Los niños y las niñas con necesidades especiales, por su parte, y que presenten cualquier discapacidad física, sensorial, intelectual o mental, acreditada mediante certificados emitidos por la entidad competente, en rangos leve o moderada, deben ser incluidos en esta modalidad de protección con los ajustes razonables que se requieran para ello. Quienes presentan discapacidades que requieren de apoyos profundos y sistemáticos, en situación de alta dependencia¹³, en tanto, deben ser ingresados a modelos residenciales específicos a fin de responder acabadamente a sus necesidades.

VI. RUTA DE INGRESO

El ingreso de niños y niñas a la residencia debe ser una medida de última ratio, y responde exclusivamente a una decisión judicial¹⁴, la cual se materializa a través de una orden de ingreso

¹² Para definir el nivel de desprotección, se valoran los resultados de las cuatro dimensiones evaluadas por el Programa de Diagnóstico Clínico Especializado (Características de la violencia o maltrato, situación del niño, niña o adolescente, capacidades de los padres/madres o cuidadores/as y características del contexto o entorno), considerando en la toma de la decisión de ingreso a un programa de cuidado alternativo, la dimensión "capacidades de los padres/madres o cuidadores/as", dado que tiene un peso específico superior en la situación actual del niño, niña o adolescente.

¹³ La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad considera como Persona con Discapacidad a todo/a aquél/aquella que en relación a sus condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otras, al interactuar con diversas barreras contextuales, actitudinales y ambientales, presenta restricciones en su participación plena y activa en la sociedad (SENADIS, 2023). Desde esta definición, el foco para lograr la igualdad de condiciones en la participación social está en los apoyos que la persona con discapacidad necesita para alcanzar dicho objetivo. La situación de alta dependencia requiere apoyos profundos (importantes y diversos) que son sistemáticos, es decir deben brindarse permanentemente, lo anterior, aunque en cada caso se debe realizar evaluación individual de las necesidades de apoyo, considerando el contexto. (Verdugo, et al., 2021).

¹⁴ En caso de ser una instrucción verbal emanada de la autoridad judicial, el proyecto debe formalizarla en un plazo no superior a 24 horas.



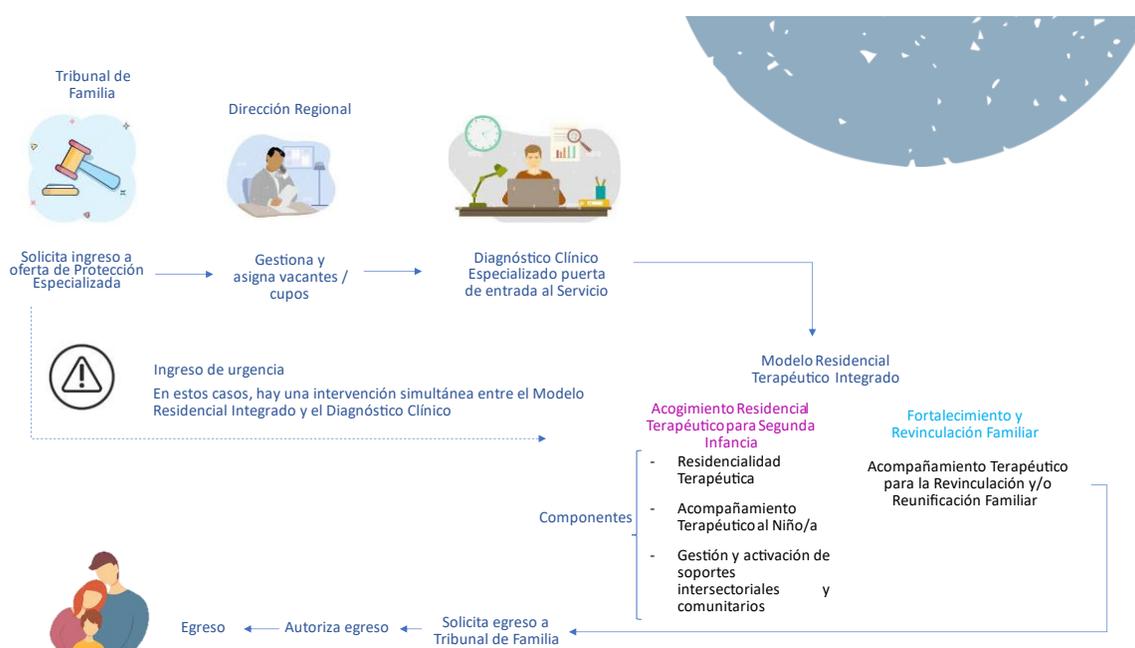
emitida desde un Tribunal con competencia en materia de Familia. Cabe señalar que ésta puede ser emitida luego de elaborado el Informe de Diagnóstico Clínico Especializado y Plan de Intervención Individual, o por una medida cautelar de ingreso directo.

Por otra parte, tal como dispone el artículo 76 de la ley N°19.968 que Crea los Tribunales de Familia relativa a la obligación de informar acerca del cumplimiento de las medidas adoptadas, el Modelo Residencial Terapéutico Integrado tiene el deber de informar trimestralmente al tribunal competente de las acciones y resultados referidos a los niños, niñas y sus familias.

Es importante precisar que, la ley N°21.302, en su artículo 8 letra t), refiere que el/la directora/a regional del Servicio tiene la facultad exclusiva de asignar cupos en los proyectos de los programas que correspondan, de acuerdo con la derivación realizada por el Tribunal competente, por tanto, la definición del proyecto residencial al cual deberá ingresar el niño o niña será informado por la Dirección Regional al Juez de Familia competente, quien decretará el ingreso al proyecto residencial.

El ingreso de los niños y las niñas a esta modalidad siempre es simultáneo al ingreso al Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar.

Las rutas de ingreso establecidas en la ley N°21.302 se presentan en el siguiente diagrama:



VII. ÁMBITOS DE ACCIÓN

A continuación, se desarrollan aspectos claves para la implementación del **Modelo Residencial Terapéutico Integrado**, cuyo marco de intervención está a la base del **Acompañamiento Residencial Terapéutico y el Enfoque Informado en Trauma**, ámbito que presenta los énfasis y elementos sustanciales que deben orientar el quehacer del Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Segunda Infancia. De igual modo, se exponen en



este acápite, los objetivos que deben alcanzarse para el logro del fin del Modelo Residencial Terapéutico Integrado, el cual es compartido con el Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar, estando orientado a la restitución del derecho de niños y niñas que permanecen en acogimiento residencial a vivir en una familia estable y protectora.

Del mismo modo, se desarrolla bajo el soporte del Acompañamiento Residencial Terapéutico, el componente Acompañamiento Terapéutico con el niño o niña, el cual contempla tres ámbitos de acción, a saber: Abordaje Terapéutico con el Niño/a; Fortalecimiento de Capacidades y Gestión y Articulación de Redes. Prosigue el detalle de las etapas de intervención, para culminar este acápite con el planteamiento de las estrategias de intervención.

7.1 OBJETIVOS

Objetivo de Fin

Contribuir a la protección integral de derechos de los niños y las niñas vulnerados.

Objetivo General

Restituir el derecho de los niños y las niñas a vivir en una familia estable y protectora.

Objetivo Específico¹⁵

- Proporcionar un contexto residencial seguro que responda a las características y necesidades de los niños y las niñas.
- Brindar un proceso terapéutico que contribuya a la resignificación de las experiencias de desprotección de los niños y las niñas.
- Articular soportes intersectoriales y comunitarios a los niños y las niñas durante su permanencia en el Programa.

7.2 COMPONENTES

A partir del enfoque informado en trauma y los modelos de intervención que sustentan el Modelo Residencial Terapéutico Integrado, se proponen 3 componentes:

1. Residencialidad Terapéutica.
2. Acompañamiento Terapéutico a los niños/a.
3. Articulación de Redes Intersectoriales y Comunitarias.

7.2.1 Residencialidad Terapéutica

Síntesis

El foco principal del componente de **Residencialidad Terapéutica** está dirigido a crear un **ambiente sensible al trauma**, el que se basa en desarrollar prácticas que garanticen la

¹⁵ El objetivo de trabajo familiar será abordado de manera colaborativa y complementaria por el Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar.



seguridad de todos/as quienes comparten este espacio, así como generar una cultura en la que todos/as sus participantes (niños, niñas, sus familias y el equipo integrado), a través de la convivencia, puedan aprender de sus experiencias; en un marco culturalmente pertinente que adapta las intervenciones a la diversidad cultural que los niños, niñas y sus familias representan y al entorno socio comunitario en que se emplaza.

La residencialidad terapéutica se adecúa a las características y necesidades específicas de los niños y las niñas, enfatizando sus fortalezas y recursos personales para el desarrollo de autonomía, en un entorno relacional que genera seguridad a través de la construcción de vínculos, con base en la empatía; el respeto y la confianza, a través de lo cual brinda acompañamiento socio emocional personalizado que facilita al niño o niña expresar sus sentimientos, elaborar sus trayectorias y/o experiencias de desprotección durante su permanencia en la residencia. De este modo, **el presente componente se constituye en la base de un contexto de seguridad** para que el Equipo Asignado realice el proceso de acompañamiento terapéutico al niño o niña y avance en la consecución de los objetivos propuestos con él/ella y su familia.

Objetivo

Proporcionar un contexto residencial seguro que responda a las necesidades y características de los niños y las niñas.

Aspectos Centrales

Para el logro del componente se requiere la participación de la totalidad del equipo del Modelo Residencial Terapéutico integrado, **liderado por el/la Director/a de la residencia**, quienes significan y relevan la convivencia cotidiana como un lugar central que favorece el bienestar, seguridad y protección del niño o niña y de todos/as quienes participan en ella. La sensibilidad del equipo hacia las necesidades y características singulares de cada adolescente resulta fundamental, ya que el brindar un espacio de cuidado acogedor y contenedor basado en el despliegue de prácticas relacionales informadas y sensibles al trauma, consistentes y reguladas permite que, en la medida que él o ella, se sienta seguro/a, pueda avanzar en el aprendizaje de la regulación emocional y en el desarrollo de sus competencias y recursos (UNICEF, 2024).

El sistema de cuidado residencial no debe entenderse como un espacio restrictivo, sino como un ambiente terapéutico, que promueva la generación de un vínculo afectivo y emocional, reflejando las valoraciones positivas de niños y niñas a aspectos relacionados con ámbitos socioeducativos, la seguridad, la protección y de sostén afectivo de los equipos residenciales. El trabajo terapéutico requiere que el espacio residencial sea un ambiente acogedor, familiar y normalizador donde se facilite la personalización del cuidado y la habilitación de los espacios, acorde a las características de niños, contemplando las medidas de seguridad (Bravo et al., 2021). Por tanto, la forma en que se debe organizar el cuidado residencial se sitúa desde un abordaje que procura un vínculo bien tratante, entendiendo este como una relación orientada a generar un espacio nutricional para el desarrollo fisiológico, emocional y cognitivo de los niños y las niñas, como también que promueva su autonomía progresiva.

En este sentido, el acogimiento residencial se concibe, también, como un **contexto terapéutico**, cuyas prácticas de colaboración permiten generar cambios en las propias



experiencias y entorno, mejorando el bienestar psicosocial de los/las niños/as (Regalado, 2022). En dicho sentido, este espacio integra a la familia en los roles de cuidado que le es posible desempeñar, mientras se trabaja análogamente la revinculación y/o reunificación familiar, además de incorporar otras personas del entorno socio comunitario que aportan al bienestar de ellos y ellas.

Así, desde una **práctica informada en trauma**, el entorno terapéutico incorpora la comprensión y sensibilidad que aporta dicho enfoque para acompañar a niños y niñas que presentan impacto biopsicosocial producto de trayectorias, experiencias de desprotección y/o de la separación de su entorno familiar por una medida judicial. Desde esta comprensión y a través de la generación de vínculo afectivo y emocional con cada niño o niña, en un entorno seguro, es posible **prevenir los comportamientos “basados en el dolor”** (Holden, 2020) y, cuando se producen, generar aprendizaje para el enfrentamiento de los estados emocionales que los desencadenan.

De esta manera, cuando se percibe el cómo las experiencias traumáticas afectan a la capacidad de niños y niñas para gestionar sus emociones, se puede responder de otras formas, que disminuyan el estrés y eviten la confrontación. Esta comprensión permite al/la adulto/a responder con empatía cuando ellos y ellas están luchando por mantener el control de sus emociones y generar procesos de aprendizaje para regular las mismas.

El entendimiento de lo anterior es fundamental, por cuanto se espera ofrecer al niño o niña nuevas experiencias relacionales que les sean satisfactorias, distintas a las que tal vez hasta entonces haya vivido, que le otorguen nuevas ópticas y oportunidades de comprender el mundo y su relación con él; y así, desarrollar nuevas habilidades en base a sus fortalezas y objetivos personales.

La instauración de este ambiente terapéutico que en su centro requiere brindar un contexto de seguridad, implica diseñar, construir, organizar y utilizar de manera planificada el ambiente de convivencia en todas sus dimensiones, a fin de favorecer la intervención terapéutica con niños, niñas y sus familias; la protección y desarrollo de quienes permanecen en el acogimiento residencial, exigiendo, para ello, considerar y poner especial énfasis a las siguientes **dimensiones, las cuales fueron adaptadas de Holden, et al., (2020) (1) Espacio Físico; (2) Espacio Socioemocional y (3) Espacio Ideológico-cultural.**

El **Espacio Físico**, alude a cómo las dependencias y su habilitación impactan en el ambiente residencial, el cual tiene una gran influencia en cómo se sienten y comportan los niños, niñas y los adultos en la residencia. Por ello, es primordial la creación de un ambiente informado en trauma, que se asimile a un espacio familiar, acogedor y se ajuste de manera dinámica a las necesidades, características y capacidades del niño o niña, apoyando su crecimiento y desarrollo. En este sentido, es importante considerar que un factor determinante para que un espacio se configure en un hogar, es la capacidad de quienes lo habitan de hacerlo propio mientras permanezcan en él.

En esta línea, la seguridad y protección es crucial, por ello, la residencia debe configurarse y “sentirse” como un **espacio seguro**, brindando oportunidades personalizadas a los niños y las niñas para vivenciar experiencias vitales sin temor a equivocarse o fracasar, potenciando



a su vez, “sus propios procesos naturales de desarrollo” (Holden, 2023, p. 42). Así también, este espacio debe constituirse para el equipo en un **entorno de trabajo positivo**, minimizando de este modo, situaciones de estrés y ansiedad.

Junto a lo anterior, otro elemento a considerar es la conciencia del espacio físico y el efecto que produce en los niños y las niñas, por cuanto, el modo en que éste sea adaptado podrá favorecer o entorpecer la posibilidad de desencadenar o **disminuir situaciones de desregulación emocional o como denomina Holden (2020), de comportamientos “basados en el dolor”**. A este respecto, el entorno debe favorecer las condiciones que permitan generar procesos de autodisciplina, la promoción de la regulación emocional, reflexión y privacidad y, espacios comunes para interacciones con sentido de grupo y para la interacción de los niños y las niñas con sus familias, todo ello en favor de crear un espacio más seguro y fácil de funcionar para quienes participan de éste.

En cuanto a la Dimensión **Espacio Socioemocional**, ésta se encuentra constituida por dos ámbitos, por una parte, se encuentra el elemento **Social**, referido a las relaciones, las actividades y rutinas que se desarrollan en la vida diaria entre los niños, niñas y los integrantes del Equipo Integrado. Es la forma de relacionarse; de jugar; de resolver problemas; de gestionar las labores cotidianas y de proporcionarles apoyo frente a situaciones difíciles, lo que permitirá a los adultos constituirse en modelos positivos, influyendo en su desarrollo; en su sensación de seguridad y pertenencia, de autoestima y autoconfianza. Como señalan Holden et al. (2020), “Todos los niños necesitan sentirse seguros, ser atendidos y valorados, hacer contribuciones, divertirse, participar en su propio cuidado y tratamiento, y alcanzar su potencial” (p. 26), siendo la seguridad y la protección los aspectos de mayor significación.

Asimismo, este elemento releva el **fomento de los vínculos y las relaciones terapéuticas**, mediante la satisfacción de las necesidades básicas de los niños y las niñas en forma afectiva, ya sea de manera individual o grupal; la **promoción de sentimientos de seguridad y el valor que reviste probar nuevas habilidades**, a través del establecimiento de relaciones de confianza y apego y la necesidad de **construir la seguridad emocional**, por medio del desarrollo de una comunicación respetuosa y del reconocimiento de los sentimientos de los niños y niñas.

De manera complementaria se encuentra el elemento **Emocional**, que alude a la necesidad de establecer estrategias de cuidado y respuestas sensibles a los requerimientos de los niños y las niñas que se encuentran en acogimiento residencial y que han vivenciado experiencias traumáticas, ya que suelen permanecer en estado de alerta máxima, incluso cuando no hay situaciones de amenazas aparentes, careciendo de mecanismos para autogestionar sus emociones, respondiendo al estrés con sentimientos dolorosos de miedo, rabia, frustración y comportamientos basados en el dolor (o de desregulación emocional). Como plantean Holden et al. (2020), esta respuesta de estrés es inicialmente biológica, activándose los instintos de “lucha, huida o quedarse congelado” (p. 27) y dichas conductas basadas en el dolor pueden adoptar múltiples formas, tales como, arrebatos impulsivos, actos agresivos, huidas, autolesiones, retraimiento, desafío e inflexibilidad.



Para el logro de lo anterior es imprescindible que el equipo se encuentre emocionalmente comprometido con quienes atienden (Burns y Emond, 2023) e implementen prácticas reflexivas durante su quehacer.

En este marco, el Equipo Integrado debe velar y en lo posible, garantizar un espacio que no sólo sea seguro, sino también, que se experimente como tal, a fin de propiciar que los niños y niñas se sientan cómodos/as en este entorno; puedan relajarse; beneficiarse de sus experiencias y reducir las posibles fuentes de estrés que podrían desencadenar situaciones de desregulación emocional o repuestas basadas en el dolor, como ya se ha señalado. “Cuando las interacciones se producen en entornos predecibles, receptivos y de apoyo, los niños/as aprenden las habilidades de autorregulación que necesitan para tener éxito en la escuela, en las relaciones, en el trabajo y en la comunidad” (Holden, et al., 2020, p. 28).

Respecto a la Dimensión **Espacio Ideológico-Cultural**, ésta comprende que el acompañamiento residencial se sitúa desde el paradigma que aporta el enfoque de derechos de la niñez y adolescencia y de una cultura basada en el buen trato y de valoración de la diversidad. Dicha dimensión está constituida por dos elementos. El primero, el elemento **Ideológico, que enfatiza en el ejercicio integral de derechos de niños y niñas**, particularmente la participación durante su permanencia en el acogimiento residencial, exigiendo para ello la implementación de distintos mecanismos que favorezcan la manifestación de su opinión en los distintos temas que les atañen, que sean escuchados e incluidos sus aportes en la toma de decisiones de acuerdo con sus características y al principio de autonomía progresiva. Estos espacios de participación se constituyen en oportunidades concretas en las cuales niños y niñas puedan ejercitar la emergencia de diversas opiniones en un ambiente respetuoso y concordar mecanismos para la toma de decisiones. También, es importante que el Equipo Asignado haga partícipe al niño o niña de su proceso terapéutico y le informe de manera clara y permanente las decisiones que tome el Tribunal u otros aspectos que tengan que ver con su situación proteccional.

Por su parte, el elemento **Cultural**, referido a la **comprensión, respeto e integración de la diversidad cultural** y los distintos sistemas de valores que encarnan, tanto niños y niñas, sus grupos familiares como los propios integrantes del equipo. Contar con un Equipo Integrado culturalmente competente, permite valorar la diversidad cultural y promover el intercambio de información, aportando a que los niños y las niñas sientan que su cultura es valorada. En este escenario, el Equipo Integrado precisa explorar su propia identidad y consciencia cultural y, adquirir los conocimientos y habilidades para satisfacer las necesidades culturales específicas de los niños/as y sus familias de origen. Al respecto, es prioritario poder mantener y reforzar la vinculación del niño/a con sus padres y hermanos/as, apoyando a que éstos/as accedan y conserven su cultura durante la permanencia en la residencia. Además, la familia puede contribuir un contexto cultural relevante al momento de co - construir el Plan de Intervención Individual Unificado junto a su hijo/a y el equipo. Todo lo anterior, sobre la base del respeto, la validación y apertura hacia la diferencia.

Finalmente, relevar que el Modelo Residencial Terapéutico Integrado debe garantizar un entorno seguro, enriquecedor y conectado al territorio, constituyéndose en el soporte técnico que permitirá desarrollar procesos terapéuticos que respondan a los requerimientos y necesidades particulares del niño, niña y su familia, favoreciendo, de esta manera, su



desarrollo integral. Asimismo, la creación de **un ambiente residencial terapéutico es un elemento básico para proporcionar un lugar acogedor, seguro y protector para que los niños y las niñas se recuperen y desarrollen, aprendiendo a desplegar sus potencialidades, mientras se trabaja análogamente su revinculación y/o reunificación familiar**. Ello, en especial, si se considera que éstos/as, cuentan con una historia previa de adversidades, incluyendo la separación transitoria de sus contextos familiares por situaciones de desprotección avanzada.

Frecuencia

Dado que el componente refiere al funcionamiento cotidiano de la residencia, todas las dimensiones del componente deben ser implementadas de modo diario, desde el ingreso hasta el egreso del Modelo Residencial Terapéutico Integrado.

7.2.2. Acompañamiento Terapéutico al niño o niña

Síntesis

El acompañamiento terapéutico al niño o niña corresponde al desarrollo de acciones que contribuyan a llevar a cabo con él o ella un proceso de acompañamiento que permita la resignificación de sus experiencias tempranas de adversidad y trauma, lo cual se realiza sobre el piso que brinda la residencialidad terapéutica establecida a partir de una práctica informada en trauma, en la cual prevalecen relaciones personales afectivas y respetuosas, a fin de restablecer la confianza del niño o niña en los adultos/as y construir vínculos que aporten a su seguridad, protección, aprendizaje y desarrollo integral.

Teniendo como soporte el Acompañamiento Residencial Terapéutico el Equipo Asignado puede desplegar el proceso de acompañamiento terapéutico con el niño/a, estableciendo paulatinamente una relación basada en la empatía; la aceptación; el respeto y la confianza y cuyo propósito es brindar un espacio personalizado para la expresión de sentimientos, elaboración de experiencias de vulneración vividas y de acompañamiento socioemocional durante su permanencia en la residencia, a través del desarrollo de **dos ámbitos de acción:**

- (1) **Abordaje terapéutico con el niño o niña,**
- (2) **Fortalecimiento de capacidades para el desarrollo de su agencia personal .**

Dichos elementos se desarrollan de manera articulada y personalizada, considerando sus trayectorias vitales, características, requerimientos y recursos.

Objetivo

Contribuir al proceso de resignificación de las experiencias tempranas de desprotección y de ejercicio pleno de derechos del niño/a, a través de un acompañamiento terapéutico.

Aspectos centrales

Este componente **es ejecutado por el Equipo Asignado**, específicamente, **es liderado por el/la Terapeuta Residencial en co-terapia con el/la Terapeuta de Revinculación Familiar**, en colaboración con el Terapeuta Ocupacional y Cuidador/a Terapéutico quienes deben desarrollar los ámbitos descritos en el componente, ajustándose a las características de los niños/as y el curso de vida en el que se encuentran. Sin perder de vista, el aporte que realiza



el/la **Cuidador/a Terapéutico que cumple funciones en horario nocturno**, quien tendrá que desarrollar su labor en sintonía con los establecido en el PII-U, aportando información relevante y acompañando al niño o niña de manera sensible y acorde a sus necesidades y características.

Si bien, el acompañamiento residencial terapéutico se constituye en el piso para dar inicio al proceso interventivo, enfatizando en las condiciones del entorno para el desarrollo de acciones que se adapten a los requerimientos específicos de cada niño y niña para potenciar sus recursos y desarrollo integral, el espacio que concierne a este componente, se caracteriza por una relación de intimidad y profundidad que busca generar en el niño o niña un sentimiento de pertenencia y confianza que lo estimule a compartir de manera efectiva y segura su experiencia emocional y relacional respecto de sus historias de violencia y desprotección; de sus temores y forma de comprender y situarse en la vida, para así al ir dando sentido a lo vivido y a las emociones y sentimientos relacionados y poder integrarlas paulatinamente a su trayectoria vital, dando paso a nuevas posibilidades de crecimiento y desarrollo integral (Sheinberg & Fraenkel, 2001).

El Equipo Asignado acompaña a los niños/as en el aprendizaje de nuevas formas de expresar sus emociones y comportamientos y, así, identificar y abordar las preocupaciones subyacentes que les causan angustia (Holden, 2020). Este aprendizaje es adquirido de manera paulatina por los niños y las niñas, mediante la reflexión, considerando su desarrollo evolutivo y características, sobre sus experiencias en que se activan los comportamientos basados en el dolor, ayudándolos/as a regularse a través de interacciones con las personas adultas que los/as cuidan y calman, en un espacio que les brinda seguridad. Cabe señalar que, en sus primeros años de vida, los niños y las niñas dependen totalmente de la regulación externa. Luego, con el desarrollo de la niñez y la adolescencia, se avanza hacia la co-regulación, donde los/as adultos/as dan señales que apoyan este proceso y, finalmente, en la edad adulta las personas alcanzan la auto-regulación (UNICEF, 2024). Por lo tanto, no es razonable esperar que los niños y las niñas de segunda infancia sean capaces de regularse por sí mismo.

Ello requiere a su vez, potenciar el desarrollo de sus habilidades sociales; su sentido de competencia; de expresión emocional y autoestima, lo que favorecerá el despliegue de nuevas respuestas ante situaciones de estrés, incorporándolas en el desarrollo de su identidad personal. Asimismo, recogiendo la experiencia de los equipos de atención de este grupo etario respecto de las metodologías utilizadas, se ha considerado pertinente otorgar un acompañamiento terapéutico de tipo mixto, vale decir, con la implementación de actividades individuales y grupales, considerando la edad y las características de los niños y las niñas.

Lo anterior, es posible de sostener a partir de seis principios prácticos propuestos por el modelo CARE que brinda atención a niños y niñas en entornos residenciales, que se encuentra fundado en evidencia e informado en trauma (Holden, 2023), y que son desplegados en los tres ámbitos de acción del componente. Estos principios son: familia involucrada, basado en relaciones, centrado en el desarrollo, informado en trauma, centrado en competencias y orientado ecológicamente.



El presente componente **considera de un modo transversal el principio del involucramiento familiar**, este alude a que la familia de origen de cada niño y niña es una parte central de la vida de éste/a, independientemente de las circunstancias, dado que es su primera y más duradera relación. La identidad étnica y cultural del niño/a está ligada a su familia, por lo que el Equipo Integrado debe mantener y reforzar las relaciones familiares, así como sus conexiones con la identidad cultural y la comunidad. Por su parte, el Equipo Asignado debe apoyar la conexión del niño o niña con su familia de origen incluso cuando las circunstancias impidan el contacto directo con ella. Por ejemplo, pueden hablar con el niño/a cuando éste comparta sus recuerdos familiares o que, a través de sus diversos medios de expresión, reconozca esta pérdida, para así, apoyar esta importante conexión.

A continuación, se desarrollan cada uno de los ámbitos de acción del presente componente:

Abordaje terapéutico con el niño o niña:

Este ámbito comprende en un primer momento que el niño o niña pueda percibir a los miembros del Equipo Integrado como personas de su confianza y que éstas son capaces de ayudarlo, y así en esta nueva experiencia relacional, establecer relaciones afectivamente seguras con quienes éstos/as perciben como figuras adultas relevantes en su vida, lo cual se sostiene con lo brindado en el marco de intervención. En este entendido, se espera que los niños y las niñas retomen la sensación de seguridad emocional y física que ha sido interrumpida dada la transgresión en su comportamiento de la persona adulta encargada de brindarle cuidados (Sheinberg & True, 2008).

Desde la óptica de un **cuidado informado en trauma**, es importante que el Equipo Asignado acoja las experiencias de maltrato del niño o niña, sus múltiples emociones frente a quienes le han agredido y a partir de ello, establecer un orden para el abordaje de contenidos relacionales, expectativas y emociones asociadas (Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, 2022). Esta mirada permite también, centrarse en los recursos de las personas que son parte del proceso, desde una lógica colaborativa, y de un abordaje que integra a la familia de origen, a través de técnicas que permitan visualizar las coincidencias de las narrativas y conectar las conversaciones.

Dicha intervención busca brindar un espacio, tanto individual como familiar, con foco en la resignificación de experiencias traumáticas y el desarrollo de competencias individuales de niños y niñas, rescatando sus habilidades y trabajando los efectos de sus experiencias de maltrato. En este contexto, se abordan sentimientos complejos de describir a partir de los efectos relacionales que puede tener esta experiencia (en cualquiera de sus tipos), trabajando la sensación de ira, culpa, vergüenza u otros sentimientos posiblemente contradictorios que pueden emerger de estas relaciones (Sheinberg & True, 2008), comprende aquellas acciones de abordaje terapéutico personalizado a cada niño y niña, considerando sus características, trayectoria, las dificultades que pueda haber enfrentado, sus efectos, como también, el desarrollo de habilidades personales y potencialidades.

Lo anterior, considerando el principio **basado en relaciones**, que alude que los niños y las niñas necesitan experiencias de acogida enriquecedoras, vínculos afectivos básicos y relaciones de confianza y significativas con las personas adultas que les cuidan, las que son



esenciales para una mayor competencia social y emocional. Las relaciones sanas de desarrollo entre niños, niñas y adultos les ayudan a desplegar competencias sociales que pueden aplicarse a otras relaciones. La capacidad de un niño o niña para formar relaciones y vínculos positivos es una fortaleza personal esencial y una manifestación de resiliencia asociada con un desarrollo saludable y bienestar.

También se debe considerar el principio **centrado en el desarrollo**, que refiere que, si bien todos los niños y las niñas necesitan las mismas experiencias y oportunidades básicas para desarrollarse hasta la edad adulta, aquellos que se encuentran en acogimiento residencial podrían necesitar apoyo adicional para superar las experiencias vitales que pudieran obstaculizar su óptimo desarrollo. En este entendido es que las actividades planificadas para ellos/as deben ser apropiadas al nivel de desarrollo de cada uno/a y estar diseñadas para brindarles experiencias exitosas en tareas que perciben como desafiantes, ya sea en el ámbito del funcionamiento intelectual, motor, emocional o social. Al ayudar a satisfacer algunas de las necesidades sociales y de desarrollo básicas del niño o niña, como el afecto, el dominio, el propósito y la autonomía, el equipo integrado crea las condiciones para que desarrolle habilidades de autorregulación y alcance un mayor bienestar socioemocional.

Es indispensable que todo el Equipo Integrado que es parte de la cotidianidad de la vida de los niños y las niñas realice su quehacer desde el principio **informado sobre el trauma**, ya que muchos de ellos/as tienen un historial de violencia, maltrato y abandono. El alejamiento de su familia, de su comunidad y su cultura también les afecta profundamente. Así, las experiencias traumáticas en la infancia pueden alterar el funcionamiento del cerebro y la regulación de las emociones. Cuando niños y niñas viven con personas adultas que les cuidan, y se presentan como personas seguras, cariñosas y predecibles que les proporcionan oportunidades para crecer y desarrollarse a través de relaciones y experiencias de desarrollo, sus cerebros pueden procesar con mayor precisión las amenazas potenciales, teniendo mayor capacidad de tranquilizarse y gestionar sus emociones.

Fortalecimiento de capacidades del niño/a para el desarrollo de su agencia personal

En el segundo ámbito de acción se encuentra el desarrollo de agencia personal de los niños y las niñas que forman parte de la residencia, entendiendo el **desarrollo personal** como la recuperación de la sensación de control de la propia vida (White y Epston, 1993). Así, la agencia personal emerge como un especial proceso de colaboración social, con la ayuda de los otros para recorrer un camino entre lo conocido, lo familiar y lo posible de conocer respecto de sus vidas e identidad (White, 2016). Para ello se deben pensar las distintas prácticas de la residencia en orden de que se desarrollen desde el inicio del proceso de intervención actividades asociadas a la participación y una toma progresiva de decisiones. El concepto de **autonomía progresiva** debe entenderse como un continuo que va desde la dependencia a un mayor control del niño o niña sobre su ambiente. El aumento de **agencia personal** es un pilar que permite que este proceso sea un acto colaborativo, en el desarrollo de su propia identidad, el que también comprende la construcción de su libro de vida.



Los aspectos mencionados permiten un mayor conocimiento de niños y niñas por parte del equipo, pudiendo con ello informar y coordinar acciones en torno a un cuidado integral que identifique necesidades en distintos ámbitos de desarrollo.

Asimismo, el objetivo con niños y niñas desde esta dimensión es co construir recursos internos y externos que les permitan un desarrollo continuado y saludable, en un funcionamiento positivo en las distintas áreas de competencia como las relaciones sociales, la participación en la comunidad, sus ámbitos académicos, entre otros. De este modo, en esta intervención se destaca por un lado la importancia de que los niños y las niñas alcancen autonomía, manejo paulatino de sus emociones y adquieran las herramientas para continuar funcionando como constructores activos de sus vidas y el desarrollo de un sentido positivo y coherente de sí mismos/as.

Para la aplicación de este ámbito se debe usar una óptica desde el principio **centrado en competencias**. La competencia es la combinación de habilidades, conocimientos y actitudes que cada niño y niña necesita para afrontar eficazmente las tareas de desarrollo y los desafíos de la vida cotidiana. Es una responsabilidad principal del Equipo Integrado ayudarles a ser competentes en el manejo de su entorno, así como motivarlos para enfrentar desafíos y dominar nuevas habilidades. Aprender a resolver problemas, desarrollar habilidades de pensamiento crítico, habilidades de regulación emocional y desarrollar flexibilidad y perspicacia son competencias esenciales que permiten a niños y niñas alcanzar metas personales y aumentar su motivación para nuevos aprendizajes. Todas las interacciones y actividades deben tener un propósito y estar orientadas al desarrollo de estas competencias y habilidades para la vida.

Frecuencia

El componente tiene una frecuencia **diaria**, dado que contempla el acompañamiento residencial terapéutico permanente, la construcción de vinculación en los espacios cotidianos, la inclusión de la familia, brindando espacios continuos que favorezcan que niños y niñas elaboren las experiencias tempranas de desprotección, fomentando su autonomía, autoconfianza, abordando los comportamientos basados en el dolor, desde una práctica informada en trauma.

7.2.3. Gestión y activación de soportes intersectoriales y comunitarios ¹⁶.

Síntesis

El presente componente comprende la gestión de redes intersectoriales y comunitarias¹⁷. El primer aspecto apunta a favorecer un acceso expedito y oportuno de los niños y las niñas a las prestaciones públicas y privadas que les correspondan y requieran, de acuerdo con su etapa de desarrollo y características, mientras que el segundo, se orienta a favorecer, por una parte,

¹⁶ Para el desarrollo de este ámbito, deberá considerarse, también, el documento denominado “Enfoques Transversales”, específicamente el apartado IV referido a Gestión de Redes, en el cual se entrega un marco conceptual y además se expone una diversidad de servicios y prestaciones que entrega el Inter sector, los cuales tendrán que ser gestionados por el equipo con la finalidad de que los niños y las niñas accedan de manera oportuna, según sus características y necesidades particulares.

¹⁷ Se entenderá por redes intersectoriales aquellos organismos institucionales públicos que otorgan prestaciones sociales a la ciudadanía. En tanto, las redes comunitarias refieren a las organizaciones de base tanto formales como informales presentes en cada territorio.



la integración de la residencia al territorio donde se ubica, vinculándose y validando su quehacer junto a otros actores locales y también, la integración de los niños y las niñas en las redes comunitarias mientras se encuentren en la residencia, constituyéndose en soportes a su ejercicio pleno de derechos.

Objetivo

Articular los soportes intersectoriales y comunitarios durante la permanencia del niño y la niña en el Programa.

Aspectos centrales

El componente lo ejecuta el Terapeuta Ocupacional, en coordinación con los integrantes del Equipo Asignado.

Se basa en uno de los principios del modelo CARE para la residencialidad (Holden et al., 2020), el cual señala que esta debe estar **Orientada ecológicamente** y se fundamenta en que niños y niñas participan en transacciones dinámicas con su entorno a medida que crecen y se desarrollan. Para optimizar su crecimiento y desarrollo, éstos/as deben vivir en un entorno atractivo y de apoyo, para ello el equipo integrado debe comprender que sus relaciones con ellos/as son parte de una ecología social más amplia; sus interacciones cara a cara, las actividades que se promueven y el entorno físico en el que trabajan tienen un impacto en la trayectoria de su desarrollo. Para lo anterior, el equipo debe trabajar en una ecología de cuidados que les permita a los niños y niñas desplegar sus habilidades.

Así, desde esta comprensión ecológica que reconoce que las personas se encuentran insertas en ambientes y en relación con ellos, es clave que la residencia considere el entorno natural del territorio donde se ubica, su marco cultural y recursos, lo cual facilitará su inserción y vinculación con actores estratégicos locales, siendo parte de su entramado social; reconocida por la comunidad como un recurso, lo cual, favorece la inclusión de quienes la habitan en dicho medio. En este escenario la residencia, dentro de sus posibilidades y realidad territorial, podrá realizar acciones de sensibilización que faciliten la integración socio-comunitaria de los niños y las niñas que permanecen en el espacio residencial, así como considerar también (si es que las condiciones del ambiente residencial lo permite), abrir las puertas de la residencia a pares o compañeros/as para el desarrollo de actividades relevantes para ellos y ellas, como la celebración de cumpleaños, trabajos escolares u otras, siempre y cuando se cuente con la infraestructura adecuada y no se ponga en riesgo a sus habitantes. Lo anterior exige que el Equipo Integrado conozca el territorio y sus dinámicas socioculturales y ejecute acciones para dar a conocer sus objetivos y otros aspectos relevantes, para que la comunidad los identifique, venciendo así posibles resistencias de los/as vecinos/as y disminuyendo la probabilidad de estigmatizaciones hacia los niños y las niñas.

Por su parte, respecto de las coordinaciones con otros actores del territorio, se deben realizar **con el sector salud**, donde niños y niñas deben estar inscritos en la Atención Primaria -APS-, con la finalidad de recibir los controles sanos, derivaciones a especialistas cuando lo requieran y asegurar su acceso a otras prestaciones o apoyos que necesiten en caso de presentar patologías y/o necesidades especiales, a fin de que ellos y ellas puedan alcanzar el más alto nivel posible de salud, asegurando además el acceso a servicios para el tratamiento o rehabilitación de enfermedades o patologías, según es definido por la CDN (artículo 24).



En relación con el **sector educación**, la residencia deberá promover la participación de los niños y las niñas en establecimientos educacionales, de acuerdo con su edad y necesidades educativas. Lo anterior, se enmarca en que ellos y ellas puedan ejercer el derecho a la educación, definido en la CDN (artículo 28) y garantizado en el artículo 19 N° 10 de la Constitución Política de la República. Hay que enfatizar que con educación se requiere realizar de manera permanente un trabajo de red, que ha sido mencionado en párrafos anteriores, para que las escuelas sean sensibles a las necesidades de niños y niñas, consideren sus trayectorias educacionales y se eviten posibles dinámicas estigmatizadoras u otras que desencadenen procesos de desescolarización.

Cabe señalar, además, que durante la permanencia del niño o niña en el acogimiento residencial y durante el proceso de retorno al hogar familiar se debe mantener un trabajo coordinado y colaborativo **con el Programa Mi Abogado y el curador ad litem** designado por el tribunal con competencia en familia que conoce de la medida de protección y quien está encargado/a de velar por el interés superior del niño o niña.

Respecto de **niños y niñas en situación de movilidad humana o migración**, junto con considerar sus creencias y prácticas culturales e integrarlas como un valor al quehacer de la residencia, se promoverá que ellos y ellas accedan a todas las prestaciones que requieran, como también, se gestionará su regularización migratoria, cuando corresponda.

Por su parte, como la residencia tiene identificados los recursos y servicios que brindan organizaciones e instituciones de su territorio, es clave promover la participación de niños y niñas en diversos espacios y actividades que pudiera entregar el municipio u otras instituciones de la comuna, con la finalidad de que su inclusión en estos espacios aporte a los objetivos terapéuticos de su Plan de Intervención Individual Unificado y a su pleno ejercicio de derechos. Así, de acuerdo con sus intereses, características y opinión, se deberá promover la participación de ellos y ellas, en instancias culturales, deportivas, recreativas, científicas u otras, que aporten al desarrollo de sus diversas habilidades (artísticas, motoras, cognitivas, emocionales) y favorezcan su integración social.

Cabe señalar, que es importante considerar que cuando el niño o la niña cuente con cuidado familiar estable, se asegure la continuidad de su participación en espacios que sean de su interés, en coordinación con el Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar.

7.3. ETAPAS DE LA INTERVENCIÓN

Antes del ingreso de los niños y las niñas al Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico se requiere que el espacio físico se encuentre habilitado, que estén definidas las funciones y los roles de cada profesional y técnico del Equipo Integrado, así como las relaciones entre ellos. Asimismo, todo el equipo debe estar capacitado en la práctica informada en trauma y en conocimiento de los protocolos a aplicar en la residencia, a fin de que se encuentre preparado para desarrollar la Residencialidad Terapéutica, que es la base sobre la que se desarrolla el Acompañamiento Terapéutico Individual para la resignificación y el Acompañamiento Terapéutico Familiar.



por los siguientes integrantes: un/a Terapeuta Residencial, un Terapeuta de Revinculación Familiar, un/a Terapeuta Ocupacional y un/a Cuidador/a Terapéutico.

Además, el/la Directora/a debe oficiar al tribunal derivante solicitando acceso a la Oficina Virtual del Poder Judicial y al Certificado de Redes Familiares.

Por su parte, una vez que se acceda a la Oficina del Poder Judicial, el Equipo Asignado debe realizar una reunión de reconocimiento documental, requiriendo, para ello, revisar y analizar los antecedentes que la acompañan, en especial, el Informe de Diagnóstico y Plan de Intervención Individual emitido por el Programa Diagnóstico Clínico Especializado (cuando esté disponible) y de toda la información que se tenga a la vista, a fin de conocer los antecedentes que determinaron su ingreso al Cuidado Alternativo Residencial.

Asimismo, el Equipo Asignado es responsable de crear la carpeta individual del niño o niña con los antecedentes proporcionados por el órgano derivante. En esta línea se deben realizar las coordinaciones con el sector educativo para garantizar el acceso a educación según el nivel de escolaridad y necesidades educativas; como también, la inscripción y/o traslado al centro de atención primaria de salud correspondiente al territorio de la residencia.

Por otra parte, se debe establecer contacto con la familia u otro adulto significativo, a fin de coordinar la primera entrevista en su domicilio o en la residencia a fin de iniciar encuentros con el niño o niña, siempre y cuando esté de acuerdo y no haya impedimentos judiciales para ello.

En caso de niños y niñas ingresados/as con medidas cautelares de urgencia a la residencia que carecen de la evaluación del Programa de Diagnóstico Clínico Especializado, éste realiza el Diagnóstico y elabora el Plan de Intervención Individual mientras se encuentra interviniendo el Modelo Residencial Terapéutico Integrado, situación en la que el/la Director/a de la Residencia debe gestionar un encuentro para evitar superponer acciones y definir las acciones prioritarias de cada equipo y los canales de comunicación que utilizarán mientras esperan la emisión del Informe de Diagnóstico Clínico Especializado y el Plan de Intervención, lo cual debe quedar registrado en el acta de acuerdos.

(2) Acogida Residencial

Si bien **esta fase es liderada por el Director/a en coordinación con el Equipo Terapéutico Asignado, requiere de la participación y cooperación del Equipo Integrado en su conjunto**, siendo importante comprender que, cada niño y niña tiene sus tiempos de adaptación y que para algunos/as, incluso puede constituir un desafío permanente. Sin embargo, durante las primeras semanas se tendrá que desarrollar acciones especialmente enfocadas para lograr su adaptación al espacio residencial. No obstante, lo anterior, es preciso recalcar que, una sana vinculación es un quehacer constante que requiere de acciones conscientes del equipo.

Para ello, es de vital relevancia que la residencia organice la forma en que acogerá a los niños y las niñas cuando ingresen, ello en consideración a su corta edad; a su historial temprano de adversidad y experiencias traumáticas y al impacto de la separación abrupta de sus familias. En este escenario, es usual que se sientan contrariados/as; lábiles; molestos/as;



asustados/as; tristes; desafiantes o manifiesten otras emociones que requieren ser comprendidas y abordadas desde la práctica informada en trauma. Por tanto, la Residencia debe contar con un diseño general de acogida, pero su implementación debe responder de manera flexible y adaptable a las necesidades individuales de cada niño y niña. Asimismo, es clave que desde un inicio el Equipo Integrado en su conjunto responda de manera sensible a sus particularidades, proporcionándoles experiencias enriquecedoras y terapéuticas en un entorno vital que les proporcione una “sensación de normalidad” (Holden, 2023).

Desde esta mirada, el principal propósito de la acogida es que el niño y niña, comience a sentir la residencia como un espacio seguro, para lo cual el equipo en su conjunto, a través de sus prácticas cotidianas e interacciones puede ir mostrándole que está en un entorno protegido, en el cual puede ir confiando paulatinamente y aprendiendo nuevas formas de relacionarse. Siguiendo a Holden (2023) estos espacios seguros proporcionan un entorno en el cual se reducen las tensiones y las situaciones conflictivas, incrementan el deseo de participar y seguir participando (incluso cuando es difícil) y los niños/as y adultos/as aprovechan las oportunidades que les otorga el espacio residencial para desarrollar procesos de aprendizaje.

Considerando el marco planteado, el equipo desarrolla una serie de acciones para que el niño o niña se sienta acogido/a, lo cual le permitirá paulatinamente su incorporación a la rutina y haciéndosele familiar su permanencia en la residencia, favoreciendo que ésta sea una experiencia sanadora y de resignificación de sus historias de desprotección.

Así también, se espera que para la ejecución de esta fase el Director/a o en su defecto el Cuidador/a Terapéutico asignado, acoja al niño o niña a su ingreso, con la finalidad de contenerlo/a respecto de los efectos generados por la separación de su entorno familiar. Para ello, debe explicarle las razones de su ingreso, en un lenguaje comprensible a su edad y características, así como también debe estar disponible para acoger su expresión de emociones, o bien, respetar su silencio, pero en una actitud de disponibilidad afectiva y sensible al proceso que está viviendo. En la medida que el niño/a se encuentre receptivo y con mayor apertura a este nuevo contexto, se le podrá acompañar a recorrer las dependencias, presentarle a los otros niños y niñas y, a los adultos/as que se desempeñan en este entorno, explicarle cómo se organiza la residencia, sus rutinas y horarios, las tareas que realiza cada integrante del equipo, qué Cuidador/a Terapéutico estará a su cargo, a quién recurrir en su ausencia, como también los acuerdos de convivencia y mostrarle su dormitorio. Es importante que este sea un proceso flexible y muy respetuoso, no necesariamente deberá ejecutarse el mismo día del ingreso, ello dependerá de su estado emocional y de la lectura que realice la persona adulta, de cómo se va sintiendo el niño o niña y los posibles problemas de adaptación que pudiera presentar para contenerlo/a; apoyarlo/a e ir proporcionando más información, siempre respetando sus tiempos.

Es muy importante que durante toda la estadía y especialmente durante las primeras semanas, el ambiente residencial otorgue predictibilidad, y a la vez, flexibilidad, esto quiere decir que el niño o niña debe conocer las actividades que se desarrollarán diariamente en la residencia, sus horarios, días en que será visitado por su familia de origen considerando su opinión, entre otras acciones que son parte de la rutina. Ello proporcionará mayor predictibilidad y seguridad a su estadía, puesto que el niño o niña viene de un entorno familiar,



probablemente, con un estilo relacional y pautas de interacción diferentes. Lo anterior, debe ser propiciado por todo el Equipo Integrado.

En este sentido, desde el ingreso el Equipo Asignado debe completar el **“Formato de Seguimiento de aprendizajes para la co-regulación emocional”** (ver anexo N° 1) y actualizarlo en forma permanente, aportando estos antecedentes para la actualización de la dimensión “Situación del niño/a”. Este seguimiento tiene por finalidad el prevenir, desescalar, contener y acompañar los comportamientos basados en el dolor del niño o niña (Holden, 2023) y es un aporte para ayudar al equipo a prevenir y responder de manera adecuada y terapéutica a posibles situaciones de crisis, para lo cual se debe completar el formato con lenguaje claro y conciso, además de ser revisado y actualizado periódicamente en el marco de las reuniones de equipo o de la respuesta posterior a alguna situación de dichos comportamientos basados en el dolor.

Asimismo, es importante que durante los primeros días a partir del ingreso del niño/a a la residencia, la familia de origen conozca al equipo que lo acompañará terapéuticamente, siendo primordial que, al menos, el/la Terapeuta Residencial y el Terapeuta de Revinculación Familiar, como representantes del Equipo Asignado, previa coordinación, acudan al domicilio para presentarse de manera conjunta a la familia, para explicar los objetivos del Modelo Residencial Terapéutico Integrado, el alcance de la intervención, la relevancia de su participación en las actividades que se convoquen, aclarando dudas al respecto y agendar las próximas actividades a realizar, concordando también, los horarios de visita, a menos que el tribunal disponga de lo contrario¹⁹. Al respecto, es importante considerar que, en los próximos encuentros con la familia, en la medida que sea pertinente, se vaya integrando el/la Terapeuta Ocupacional y el Cuidador/a Terapéutico/a asignados al proceso interventivo con el niño/a y su familia de origen²⁰, a fin de conocer a todos los miembros de conforman el Equipo Asignado que acompañará su proceso de intervención, explicando a su vez, el propósito de sus tareas y cómo se desarrollará el trabajo conjunto.

Es importante que en la o las primeras entrevistas con la familia de origen, se presente el Modelo Residencial Integrado como una instancia de apoyo a la revinculación familiar y una oportunidad de desarrollo para los niños/as, aludiendo -además- al motivo de ingreso de forma no amenazante, sino más bien como una invitación a formar en conjunto una alianza colaborativa en favor de éste/a. Además, se les debe mencionar que se informará al Tribunal con competencia en familia sobre el ingreso efectivo, así como los avances de la intervención, otorgando claridad y transparencia a la relación.

Dichas visitas en el domicilio con el/la adulto/a de la familia que asumía el cuidado antes del ingreso, están dirigidas también, a conocerlo/a, e iniciar una relación de colaboración, empatizando respecto de los efectos generados por la salida del niño o niña del entorno familiar. Solicitando, además, información de utilidad para el acompañamiento terapéutico residencial al niño o niña, tales como temas de salud, requerimientos de tratamientos o cuidados especiales, sus rutinas previas, juegos, vestuario y alimentos preferidos, percepción

¹⁹ Para mayor detalle revisar la Base Técnica del Programa de Fortalecimiento y Revinculación, en el cual se detalla la acogida que se realiza con la familia.

²⁰ La familia de origen es aquella con la que el niño o niña vivía antes del ingreso a cuidado alternativo, los/las adultos/as con los que ha estado viviendo el mayor tiempo de su vida (RELAF. 2015)



acerca de las situaciones que lo/la irritan o inquietan y formas que utilizaba para tranquilizarlo/a y objetos transicionales u otros recursos que contribuyan a su bienestar en el contexto residencial. También, se explora su perspectiva respecto de las personas significativas para el niño o niña, la disponibilidad horaria que tiene el/la adulto/a y/u otros familiares para la realización del primer encuentro (considerando la opinión del niño o niña y el tribunal no disponga de lo contrario) y se consensua fecha y hora para éste, lo cual se facilita aportando el costo de la movilización desde el proyecto, cuando la familia lo requiere.

Finalmente, como se planteó, la intervención con la familia se realiza en todos los casos, excepto en niños o niñas en situación de abandono (con familia no ubicable), cedidos en adopción o con causa de adopción firme y ejecutoriada (UNICEF, 2021), situaciones en que se reúnen los antecedentes para revisarse junto con la Unidad Regional de Adopción.

Etapa 2: Ajuste del Plan de Intervención Individual Unificado -PII-U-(6 semanas en paralelo a la etapa de Acogida e Ingreso)

De manera paralela a la fase de Acogida Residencial e Ingreso, el Equipo Terapéutico Asignado debe ajustar el PII inicial elaborado por el Programa Diagnóstico Clínico Especializado, el cual contiene una conclusión respecto de nivel de desprotección en el cual se encuentra el niño o niña en base a una evaluación realizada a partir del estudio de cuatro dimensiones, a saber: (1) Características de la situación de vulneración; (2) Situación del niño o niña; (3) Capacidades y respuesta de los padres/madres o cuidadores/as y (4) Características contextuales o del entorno²¹. Para ello, se cuenta con un plazo no superior a 6 semanas, a partir del ingreso del niño/a al acogimiento residencial.

Por lo tanto, el Equipo Asignado no debe realizar un nuevo diagnóstico, pues ya cuenta con uno, pero sí actualizar las cuatro dimensiones en base al conocimiento del niño o niña, su familia y en torno en la etapa de ingreso y acogida. Respecto del niño o niña, también, es relevante la observación que realice el Cuidador/a Terapéutico y los/las profesionales de su ajuste a la convivencia y rutinas, sus “comportamientos basados en el dolor” u otras expresiones que presente; y en relación con la familia, la evaluación inicial que realiza el Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar.

Por otra parte, se puede conocer la disponibilidad de otros familiares que podrían asumir el cuidado temporal, caso en el que deben evaluarse sus capacidades de cuidado y, considerando la opinión del niño o niña, se debe informar al juez con competencia en familia derivante.

Asimismo, al analizar la información disponible el equipo puede determinar si se requiere indagar y/o actualizar algún aspecto específico de las dimensiones ya mencionadas, que aporte a la particularidad de las intervenciones que realice el Modelo Residencial Terapéutico Integrado, triangulando información de ser necesario.

²¹ Para más información se sugiere revisar la Orientación Técnica de Diagnóstico Clínico Especializado disponible en la página web del Servicio, disponible en https://www.mejorninez.cl/descargas/doc-MN/ot/2023/REX-631_2023-APRUEBA-OOTT-PROG-DCE.pdf.



Cabe señalar, que es importante revisar si hubo modificaciones en la situación proteccional, lo que incluso podría no justificar la permanencia del niño o niña en acogimiento residencial, en cuyo caso, se debe informar a la brevedad al juez con competencia en familia.

Con los insumos antes señalados, se deben realizar los **ajustes al Plan de Intervención Individual inicial, transitando a uno Unificado (PII-U), el cual será el instrumento técnico compartido que orienta la intervención residencial y familiar**, que integra la visión del equipo en coherencia con los hallazgos del diagnóstico y la opinión del niño/a y su familia.

Es importante intencionar que el ajuste del Plan de Intervención Individual Unificado se realiza en instancias en las cuales participen el Equipo Asignado, el niño o la niña y la familia o el adulto relacionado con el que se trabaja, utilizando las metodologías más apropiadas a las características y necesidades particulares de los/las participantes. En estas instancias se aborda la descripción de la situación actual del niño o niña, haciendo referencia a las 4 dimensiones del Diagnóstico Clínico Especializado y a la permanencia o cambio en las variables valoradas al ingreso, integrando las evaluaciones específicas antes señaladas. Este abordaje se debe realizar de una manera cuidadosa, sin exponer al niño o niña, utilizando un lenguaje comprensible para ellos y ellas, como para sus familias, para lo cual se pueden emplear diversas técnicas que fomenten la participación.

En esta co -construcción, que se traduce en el ajuste del Plan de Intervención Individual Unificado, se promueve la identificación de fortalezas o recursos para la intervención y las áreas a mejorar, definiendo en conjunto el Objetivo General o cambio al que se espera llegar, los objetivos específicos para cada ámbito del plan o meta que se quiere alcanzar en el corto plazo. Se debe consignar quién propone esta meta, si es el Equipo Asignado, el adulto de la familia de origen, el niño o la niña o si es consensuada. Asimismo, se deben acordar los criterios de logro en forma consensuada, es decir, establecer cuando se considerará que se obtuvo el cambio esperado. Para lograr una genuina participación el Equipo Asignado debe traducir el lenguaje técnico, a una denominación que sea clara y comprensible tanto para los niños y niñas, como para los/as adultos, de lo contrario se corre el riesgo de una participación instrumental.

También se definen las actividades a realizar, priorizándolas en función de las necesidades y motivaciones del niño o niña y el/la adulto/a a cargo, en cada etapa de la intervención. Las actividades deben ser concretas y posibles de realizar, y tener un/a responsable del equipo y también se define la participación que requiere del niño o niña y la familia.

Además, en dichas instancias se toman acuerdos para promover la sinergia en las intervenciones en función del bienestar del niño o niña en la residencia y en la proyección hacia el cuidado familiar estable.

La participación de los niños, las niñas y familias requiere que primero se les informe sobre sus derechos y el alcance de la intervención residencial, y cuáles son los mecanismos concretos de participación que favorecen su inclusión.

Si lo descrito en los párrafos anteriores no es posible, ya sea porque los niños/as se encuentren en un estado emocional que dificulte esta construcción, o porque la familia se



muestra reacia a la colaboración, o incluso; porque exista una disposición de tribunal que lo impida, u otras situaciones que imposibiliten dicha co-construcción, se debe, en todo caso, presentar el PII-U para favorecer su conocimiento, y lo retroalimenten en la medida de sus posibilidades e interés por participar. No obstante, se debe establecer estrategias que favorezcan su participación activa²² en los futuros ajustes del PII-U.

UNICEF, (2022), recomienda transmitir información de forma clara y acorde a las capacidades de los participantes, promoviendo su derecho a ser informados sobre su situación personal y familiar, a participar en el diagnóstico de su situación, en su plan de abordaje y en las medidas de protección que se propongan.

Como ya fue señalado, en la situación de que el niño o niña haya debido ser ingresado/a a la residencia con carácter de urgencia y no cuente con la evaluación del programa de Diagnóstico Clínico Especializado, este último programa realiza el diagnóstico y elabora el Plan de Intervención Individual mientras se encuentra en el Modelo Residencial Terapéutico Integrado, en estos casos, se debe gestionar una reunión para evitar superponer acciones. En esta instancia se definen las acciones prioritarias de cada equipo y los canales de comunicación que utilizarán para reportar acontecimientos que ocurran con el niño o niña y la familia de origen, mientras esperan la emisión del Informe de Diagnóstico Clínico Especializado y el Plan de Intervención, lo cual debe quedar registrado en el acta de acuerdos. Cabe señalar que, una vez emitido el diagnóstico y el Plan de Intervención Individual, este se ajusta en una segunda reunión del equipo integrado, pasando a ser el Plan de Intervención Individual Unificado.

Cabe señalar que, en casos de niños y niñas en situación de abandono o cedidos en adopción, el Equipo Asignado deberá reunir los antecedentes para que el Director/a establezca coordinación y remita dicha información a la Unidad Regional de Adopción, para su evaluación y posterior inicio de proceso de susceptibilidad de adopción. En estos casos, el Plan de Intervención Individual Unificado debe ajustarse para restituir el derecho a vivir en familia a través de una familia adoptiva, debiendo, complementariamente, abordarse el tema en el acompañamiento residencial terapéutico y en la intervención terapéutica con el niño o niña. Asimismo, cuando un niño o niña, cuenta con causa de adopción ejecutoriada, el Plan de Intervención Individual Unificado incorpora los objetivos y acciones para restituir el derecho a vivir en familia a través de una familia adoptiva, para ello se integran las acciones coordinadas con la Unidad Regional de Adopción y con el Programa de Intervención con niños/as institucionalizados/as, y su preparación para la Integración a Familia Alternativa a la de Origen (PRI), cuando corresponda.

Finalmente, esta etapa culmina con la elaboración y el envío de un primer informe al Tribunal competente, en el cual se incluye una actualización de la situación proteccional y el PII-U propiamente tal, contando para ello, con **un plazo de seis semanas, desde el ingreso del niño o niña a la residencia.**

Etapa 3: Ejecución del Plan de Intervención Individual Unificado (10 meses)

²² En la medida en que los niños y las niñas y sus familias se van involucrando en sus procesos de intervención, los niveles de participación se irán incrementando.



Ajustado el PII-U, el Equipo Terapéutico Asignado debe iniciar las acciones para el desarrollo de su ejecución por un tiempo aproximado de 10 meses²³, las que son lideradas por los/as Terapeutas Residencial y de Revinculación Familiar y en coordinación con el Terapeuta Ocupacional y el/la Cuidador/a Terapéutico del niño o niña. Al respecto, es importante recalcar, que ambos programas Acogimiento Residencial y Fortalecimiento y Revinculación Familiar, en tanto Modelo Residencial Integrado, ponen al servicio de los niños, las niñas y sus familias que participan de la modalidad, sus competencias para el abordaje de las distintas temáticas que les afectan, desde un trabajo conjunto y complementario.

A continuación, se presentan las acciones que exige la ejecución del Plan de Intervención Individual Unificado desde el componente de Residencialidad Terapéutica:

a. Intervención Residencial Terapéutica

El desarrollo de la intervención residencial es responsabilidad del Equipo Integrado, liderado por el/la Director/a. En este contexto se releva la **participación de los niños y las niñas**, en tanto principio y derecho consagrado en la Convención sobre los Derechos del Niño, el cual debe ser considerado como un pilar de las diversas prácticas que sostienen el acogimiento familiar en atención a los mecanismos individuales y colectivos establecidos en los lineamientos del Servicio en esta materia, plasmados en el reglamento de participación²⁴.

Por su parte, la permanencia de los niños y las niñas en la residencia debe ser en sí misma una experiencia de ejercicio de derechos y de reparación, por tanto, todo su quehacer tiene un **propósito terapéutico**, sustentado en las teorías vinculares, modelos relacionales de intervención y en el enfoque informado en trauma. En este sentido, se debe destacar que, la intervención involucra a todo el Equipo Integrado y que en su foco se espera que los niños y las niñas tengan a su disposición **un contexto residencial seguro, acogedor y en el cual puedan confiar**, a través del desarrollo de las **siguientes dimensiones: (1) Espacio Físico; (2) Espacio Socioemocional y (3) Espacio Ideológico - Cultural.**

(1) Espacio Físico: Esta dimensión es liderada por el/la Director/a de la residencia, con la colaboración del equipo integrado. Plantea que la infraestructura, habilitación y organización de los espacios debe considerar que alberga niñas y niños pequeños, entre 4 y 8 años de edad, quienes requieren de un ambiente hogareño, normalizador, sensible, cálido y seguro que les permita reparar sus historias tempranas de adversidad y traumas; crecer y desarrollarse en plenitud, a través del despliegue de todos sus potenciales recursos para su vida presente y futura.

Como se ha señalado anteriormente, para el diseño de un ambiente residencial terapéutico y desde un cuidado informado en trauma, es necesario tener conciencia del entorno, así como de los efectos que puede generar en los niños y las niñas, a modo de prevenir o en su defecto,

²³ Este plazo es referencial, estando sujeto a los avances que se produzcan durante la intervención para concretar una alternativa familiar estable para el niño o niña, así como los plazos que determine el Tribunal de familia o con competencia en familia que ordenó la medida de protección.

²⁴ Para mayor detalle revisar el decreto supremo N° 14, de 2021, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Subsecretaría de la Niñez, que aprueba el reglamento que regula los Mecanismo y Procedimientos de Participación y de Exigibilidad de Derechos del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. Disponible en https://www.mejorninez.cl/descargas/doc-MN/Decreto-14_27-DIC-2021.pdf



disminuir la aparición de conductas basadas en el dolor, como las denomina Holden (2023), considerando en estos aspectos del ámbito físico la prevención de gatillantes de desajustes consignados en el **Formato para el Seguimiento de aprendizajes para la co regulación**, lo cual requiere espacios visualmente limpios, armónicos y tranquilos, ordenados, con mobiliario y equipamiento apropiado y de fácil uso para niños y niñas, que promuevan seguridad y autonomía progresiva. Así, el equipo debe promover que niños y niñas sientan la residencia como su espacio seguro, en el cual puedan permanecer y desplazarse de manera confiada. También, tiene que resguardar que los encuentros con sus familias se den en un ambiente de intimidad, privacidad y sin interferir en la dinámica de los otros niños o niñas.

La infraestructura, su mobiliario y espacios de esparcimiento y juegos deben adecuarse al tramo etario, permitir la convivencia entre pares, y entre éstos y quienes integran el equipo, como también asegurar espacios de privacidad cuando el niño o niña requiera estar solo/a y/o que requiera calmarse, siempre acompañado por un adulto. Asimismo, la Residencia debe permitir la exploración y el contacto con la naturaleza, como podría ser a través de la construcción y mantención de un huerto, entre otros espacios. Se espera que este espacio u otros sea diseñado y co-contruido considerando la opinión y participación de los niños y las niñas.

Por su parte, es importante promover la participación del niño o niña, instándoles a expresar su opinión y poder contribuir en la ambientación de su dormitorio, lo que significa que dentro de las posibilidades de recursos de los cuales se disponga, se debe intencionar poder brindarle oportunidades de elección en su decoración, colores, dibujos, fotografías, objetos personales, personajes de su gusto, entre otros ejemplos. De igual forma, es esperable que niños y niñas participen en tareas cotidianas, de acuerdo con sus características y necesidades específicas, como su higiene personal, la elección de su ropa (acorde al clima), el orden de sus pertenencias y de los espacios comunes o incluso (de ser pertinente) en la preparación de alimentos que no impliquen riesgo y bajo la supervisión de un adulto. Todo lo anterior, además de aportar de manera muy concreta al ejercicio de derechos de la participación, contribuye a la sensación de agencia personal y de apropiación del espacio.

b) Espacio de desarrollo socioemocional: La dimensión es liderada por el/la Terapeuta Ocupacional, en colaboración con el/la Terapeuta Residencial y Cuidadores/as Terapéuticos. Comprende la adecuada implementación de un ambiente residencial terapéutico que requiere considerar la inclusión de distintos elementos, a saber: (1) Establecer relaciones afectuosas de parte del equipo con los niños y las niñas, cuyas interacciones permitan brindar un lugar seguro y apoyo para recuperarse, para realizar tareas, acorde a su etapa de desarrollo y aprender habilidades para la vida. Para ello, el Equipo de Cuidadores Terapéuticos deberán responder a las necesidades y perspectivas de los niños y las niñas, de manera individual y/o grupal de manera coherente, ayudándoles a realizar tareas clave de su desarrollo socioemocional; (2) Transmitir mensajes de altas expectativas a niños y niñas, creyendo en sus capacidades para salir adelante, alcanzar sus metas y realizar sus sueños, siendo necesario conocer y aprovechar sus recursos, capacidades e intereses para instarlos/as a enfrentar nuevos desafíos y aprendizajes y (3) Generar oportunidades de participación en actividades desafiantes y acorde a los intereses de los niños y las niñas, favoreciendo a sus procesos de aprendizaje; a desarrollar relaciones; a generar un sentido de



pertenencia al grupo, a ser creativos/as; a aprender a resolver problemas y a contribuir y dar algo de sí mismos a los demás.

Desde el lugar de la **Práctica Informada en Trauma que es sensible a los comportamientos basados en el dolor**, el equipo asume una forma de intervenir que responde a las necesidades particulares de cada niño o niña, acompañándolo/a de manera cotidiana en su rutina, brindándole protección, seguridad, oportunidades de aprendizaje de nuevas formas de vincularse y resolver conflictos. Asimismo, el Equipo de Cuidadores/es Terapéuticos/as deben tener la capacidad de evaluar los sentimientos que están a la base de los comportamientos de ellos y ellas, y activar estrategias para acompañarlos y ayudarlos a regular su estrés y calmarlos/as. Desde esta misma visión es esperable que el Equipo Integrado disponga de espacios reflexivos para evaluar el impacto que le ocasiona la atención a niños y niñas que han vivido experiencias de desprotección y presentan comportamientos basados en el dolor, a fin de estar disponibles a visibilizar los sentimientos que están a la base de dichos comportamientos.

El Equipo Asignado debe completar el Formato de Seguimiento de aprendizajes para la co-regulación, que es la base para la implementación de estrategias para prevenir estados de crisis emocionales, así como para registrar eventos en que estas se producen y, una vez superadas, conversar con el niño o niña sobre lo ocurrido, identificando en conjunto los desencadenantes, cuando esto sea posible y buscando otras formas de enfrentarlos.

Para esto es relevante ser conscientes de los propios sentimientos, puntos fuertes y limitaciones como persona a cargo de la intervención en estos procesos. A esto contribuye el conocer los propios detonantes personales, poseer una buena capacidad de observación y evaluación, y mostrar flexibilidad para adaptarse a situaciones cambiantes que se dan en el marco de la cotidianidad de la intervención residencial. Estas habilidades son fundamentales y deben ser revisadas en los espacios de cuidado de equipo, dado que el cuidado residencial con niños y niñas con historias traumáticas puede ser muy intenso y traer al presente recuerdos personales dolorosos. Las experiencias vitales afectan la manera en que se trabaja en estos contextos, por lo que ser emocionalmente competente y consciente de sí mismo/a es la clave para un buen acompañamiento a los niños, las niñas y sus familias (Holden, 2020).

Para que un ambiente residencial terapéutico sea posible, se requiere de la co - construcción con los niños y las niñas de un **marco de convivencia**, el que consiste en el establecimiento de un conjunto de acuerdos, límites y normas básicas que guiarán las relaciones cotidianas de todos/as sus integrantes, con el fin de favorecer una convivencia basada en el respeto mutuo. De igual manera, tal como se ha señalado anteriormente, es importante establecer de manera participativa los mecanismos a través de los cuales se resolverán los conflictos entre pares. La relación entre niños y niñas y el equipo residencial debe estar basada en el enfoque de derechos, en el cual el adulto le brinda nuevas formas de relacionarse, basada en un vínculo seguro y cuidado sensible a las necesidades de cada niño/a.

Sumado a lo anterior, en la intervención residencial, se requiere el establecimiento de **rutinas colectivas e individuales** para otorgar un ambiente seguro y predecible a los niños y las niñas, lo que permite desenvolverse con confianza, considerando las características del desarrollo de la segunda infancia y sus particularidades.



La rutina colectiva da un marco organizativo para niños/as y adultos que da claridad al buen funcionamiento de la residencia, requiriendo ser flexible para adaptarse al dinamismo de la cotidianidad y a los requerimientos individuales de quienes son parte del espacio residencial. De este modo, la rutina deberá incluir actividades cotidianas de cuidado (higiene, alimentación, sueño y recreación, entre otros aspectos), definiendo también, los tiempos de juego, recreación, deportes, cultura, uso del tiempo libre y estudio, entre los más relevantes. Además, debe incorporar el desarrollo de actividades grupales que surjan a partir de los intereses de los niños y las niñas, y/o a sugerencia del Equipo Integrado en encuentros o asambleas (se detalla más en profundidad en el Espacio Ideológico-Cultural) para fortalecer relaciones de cooperación, espacios de diversión, como pueden ser, por ejemplo: la construcción y mantención de huertas, talleres (reciclaje, cocina, manualidades, arte, deportivos, entre otros), celebración de cumpleaños o festividades. Asimismo, especial atención se debe poner a la organización de las rutinas los fines de semana, temporadas de vacaciones escolares, ausencia de visitas de familia, para que los niños y las niñas no los vivan como “tiempos muertos”, sino que respondan a sus necesidades de recreación, de exploración de su entorno y a la emergencia de sus distintas habilidades.

Respecto a la elaboración de las **rutinas individuales** se construye en conjunto con el niño o niña. En ésta se deben organizar los tiempos y responsables de las actividades en las que participará al interior de la residencia, así también se deben organizar las acciones que tienen relación con la rutina diaria de cada niño o niña, como la asistencia al establecimiento educacional, horas en centros de salud, su participación en actividades en espacios territoriales, así como los días y horarios de visita y actividades familiares, ello en coordinación con el Programa de Fortalecimiento y Revinculación Familiar.

Otro aspecto clave es el Cuidado Sensible, que debe responder a las necesidades particulares de cada niño o niña, acompañándolo en su rutina, brindándole protección, seguridad, oportunidades de aprendizaje de nuevas formas de vincularse y enfrentar conflictos.

3) Espacio Ideológico-cultural: Esta dimensión en liderada por el/la Terapeuta Ocupacional, con la colaboración del Equipo Integrado, debe velar que se implementen distintos mecanismos para escuchar la opinión de niños y niñas e incluirla en la toma de decisiones de acuerdo con sus características y al principio de autonomía progresiva, como también ajustarse a lo establecido en los lineamientos del Servicio, en materia de participación.

La implementación de espacios colectivos de participación se constituye en oportunidades concretas en las cuales los niños y las niñas puedan ejercitar, de manera respetuosa, la emergencia de diversas opiniones; concordar mecanismos para la toma de decisiones; resolver discrepancias y conflictos interpersonales entre pares; decidir aspectos relacionados con la organización de la residencia y poder establecer los mecanismos para canalizar sus inquietudes, molestias y reclamos. En este sentido, el rol del equipo es favorecer estos espacios, que pueden tener distintas denominaciones como asambleas, encuentros u otras, de manera permanente, con una periodicidad, al menos quincenal, propiciando la participación de todos los niños y niñas de la residencia.



Complementariamente a lo antes señalado, también, se debe contar con mecanismos claros para asegurar la participación de cada niño o niña en su proceso terapéutico, entregando a su vez, información transparente y permanente acerca de las resoluciones del tribunal, explicándoles su significado con un lenguaje que puedan comprender e ir involucrándolos en todas las decisiones que se tomen relacionadas con ellos y ellas, como procedimientos médicos, cambios de establecimiento educacional, días y horario de visitas familiares, participación en actividades dentro y fuera de la Residencia y en general en todo lo referido a su permanencia en el acogimiento.

Finalmente, en conjunto con los niños y niñas se pueden organizar actividades de encuentro donde se aborden temáticas relacionadas con los enfoques transversales como: diversidad de género, interculturalidad, inclusión, entre otros, en un lenguaje motivante y acorde a su etapa del ciclo vital. Igualmente, en las prácticas cotidianas de la residencia se debe promover la diversidad como un valor que aporta a la convivencia y formación de sus integrantes.

b. Acompañamiento Terapéutico con el Niño y Niña

El acompañamiento terapéutico al niño o niña **es liderado por el/la Terapeuta Residencial en co-terapia con el/la Terapeuta de Revinculación Familiar, con la colaboración del/la Cuidador/a Terapéutico y el/la Terapeuta Ocupacional**, y considera los siguientes ámbitos de acción: (1) Abordaje terapéutico con el niño o niña, (2) Fortalecimiento de capacidades para el desarrollo de su agencia personal y (3) Gestión y activación de soportes intersectoriales y comunitarios, sostenidos por los principios propuestos por Holden (2023).

Estos tres ámbitos se comprenden desde el principio de **implicación de la familia** a lo largo de la permanencia del niño o niña en la residencia, éste alude a que éstos/as necesitan vínculos permanentes con personas adultas que les cuiden y les den cariño. Por ello, involucrar a los padres, familia extensa, o a otros adultos interesados en los cuidados y el proceso del niño/a, así como planificar apoyos adecuados para la reunificación de este/a en su comunidad, son dos indicadores de “éxito del tratamiento” (Whitaker, 1994, en Holden, 2023). Así, para el desarrollo de este componente el equipo integrado puede ayudar a los niños y las niñas a escribir cartas a su casa, organizar el contacto con sus hermanos/as y planificar las visitas que realiza la familia de modo provechoso, y así apoyar la relación del niño/a con su familia. Holden (2023) indica que un acogimiento residencial centrado en la familia obtiene los resultados más positivos con los niños y las niñas, en la consideración de la premisa de que cada uno/a de ellos/as tiene una familia, por lo que cuando y donde sea posible, el Equipo Asignado debe mantener a la familia en el papel de padres, solicitando su opinión en la elaboración de su PII-U y distintas planificaciones, ayudándoles a mantenerse activos en las actividades diarias del niño/a (p. ej., compras, viajes a citas, reuniones en la escuela, comidas, celebraciones, actividades recreativas). Este avance hacia la receptividad y la inclusión requiere de relaciones honestas y abiertas caracterizadas por el respeto, la confianza y la sensibilidad cultural. Las familias necesitarán tiempo, apoyo e información para tener un papel significativo en las decisiones que tomen con respecto a su hijo/a, lo que requiere una verdadera alianza con el equipo integrado, asignado al niño o niña.

En situaciones en que no se encontrasen redes familiares, los parientes contactados no estuvieron dispuestos a participar en la intervención, o la intervención desarrollada para la reunificación



familiar con la familia no tenga los resultados esperados, se deben reunir los antecedentes necesarios para presentarlos en reuniones de análisis de casos y reuniones resolutorias, para evaluar la situación del niño o niña y decidir colegiadamente su proyección de egreso del sistema, a una familia de acogida externa, o bien a través de la adopción. De definirse el inicio de una causa de susceptibilidad de adopción se remite la información solicitada para este proceso a la Unidad Regional de Adopción.

b.1 Abordaje terapéutico con el niño/a

Para que a un niño o niña las intervenciones ligadas a lo individual le hagan sentido y pueda beneficiarse plenamente de éstas, el entorno en el que vive debe ser estable, cálido y enriquecedor. Cuando ellos/as se sienten seguros/as, tienen relaciones de confianza con las personas adultas y participan en actividades y rutinas en las que experimentan satisfacción, es más probable que tengan la energía, la atención y el deseo de participar en intervenciones educativas y/o terapéuticas (Holden, 2023), por lo que el sostén brindado por el equipo en su conjunto a través del Acompañamiento Residencial Terapéutico es fundamental y transversal a todo el proceso.

En este sentido, el Equipo Asignado también debe asegurar que, desde el primer día, el niño o niña sienta la presencia de un espacio de seguridad y la confianza en que esta será duradera, lo que es fundamental para proporcionar una acogida bien informada sobre el trauma que mejore el bienestar de éstos/as. Niños y niñas que han vivenciado experiencias traumáticas o adversas están siempre en “alerta máxima”, incluso sin que haya una amenaza aparente, por lo que necesitan sentirse seguros/as para poder relajarse, participar en actividades y beneficiarse de sus experiencias (Holden, 2023). De este modo, si ellos/as están rodeados/as de personas adultas de confianza y la convivencia se da en base a normas en las que participan y que perciben como justas, es más probable que se sientan seguros/as.

Teniendo a la base estas premisas, para su implementación es importante considerar la relevancia de **vínculos seguros**, a través de las interacciones de las personas adultas con los niños/as. Así, una naturaleza afectuosa y cariñosa de las relaciones entre éstos/as contribuye significativamente a mejorar el funcionamiento conductual y emocional de los niños y las niñas (Farmer et al. 2017, en Holden, 2023).

Esta óptima vinculación **se caracteriza por el afecto, la reciprocidad, la complejidad progresiva y el equilibrio de poder**. Estos cuatro elementos permiten al Equipo Asignado, así como al equipo integrado en su conjunto, formar relaciones auténticas y con propósito, que ayudan a los niños y las niñas a crecer, desarrollarse y prosperar.

De este modo, **estas interacciones que el Equipo Asignado debe generar en el quehacer cotidiano del niño o niña** le proporcionan una serie de experiencias de aprendizaje interpersonal que aumentan su capacidad de prosperar (Holden, 2023). Lo anterior, también puede moldear las creencias y expectativas generales de los niños/as sobre las personas adultas, creando ideas más sanas sobre sus relaciones y haciéndoles más receptivos/as a las relaciones de apoyo en el futuro. Así, las relaciones y los vínculos afectivos que niños y niñas forman en la residencia son fundamentales a la hora de ayudarles a desarrollar competencias y construir relaciones significativas a lo largo de su vida.



Otro aspecto que considerar es la mirada **centrada en el desarrollo** y desde el curso de vida respecto de cada uno de los niños o niñas que son parte de la residencia, el cual aportará al objetivo de esta intervención, que es brindar un espacio relacional donde cada niño o niña pueda desplegar la capacidad de reconocer, soportar, regular y expresar emociones de una manera adecuada a su edad.

Lo anterior, dado que, si bien todos los niños y las niñas necesitan las mismas experiencias y oportunidades básicas para desarrollarse hasta la edad adulta, quienes han sufrido situaciones adversas requieren experimentar nuevas vivencias reparatorias que le permitan resignificar y así superar las transiciones vitales que impidieron su desarrollo (Holden, 2023). Desde esta perspectiva, el equipo puede ver los comportamientos inusuales o las variaciones en el ciclo vital en el contexto de la progresión del desarrollo del niño o niña, en lugar de considerarlos “comportamientos desafiantes”. Para abordar esto, el Equipo Asignado debe ayudar a satisfacer algunas de las necesidades sociales y de desarrollo básicas de niños y niñas, como el afecto, el dominio, el propósito y la autonomía, creando las condiciones para que éstos/as desarrollen habilidades de autorregulación y logren alcanzar un bienestar socioemocional.

Las consideraciones mencionadas anteriormente tienen relevancia debido a las experiencias de los niños y las niñas, donde además de la desprotección se encuentran las pérdidas que tienen, como son su familia, sus amigos, su escuela, su casa, sus mascotas y sus pertenencias, los que tienen un profundo efecto en su capacidad para poder confiar en las personas adultas que les cuidan y entablar relaciones con ellas. Además, cuando las separaciones y las pérdidas son repentinas, inesperadas, dramáticas, extremas o repetidas, se consideran acontecimientos traumáticos, por lo que los niños y las niñas se sienten abrumados por la ansiedad y podrían desarrollar sentimientos de culpa, ira, vergüenza e impotencia, siendo posible visualizar que todos los/as niños/as en acogida han experimentado, al menos, una pérdida al ingresar al acogimiento residencial. Es por ello, que **la capacidad de comprender y responder a la expresión de pérdida de los niños y niñas y a su duelo constituye una habilidad clave que deben poseer quienes trabajan con ellos y ellas.**

Desde un **acompañamiento bien informado en trauma**, se tiene la claridad de que en general niños y niñas en acogimiento residencial, pueden llegar a vivir experiencias saturadas de pérdidas que a veces se dejan sin reconocimiento (Holden, p.108, 2023), siendo en estas tempranas trayectorias de adversidad y trauma uno de los efectos más significativos **la incapacidad para regular las emociones y controlar los impulsos**, donde al enfrentarse a emociones fuertes, los niños y niñas que han tenido estas experiencias podrían reaccionar de forma exagerada o mínima. Así, mientras que algunos/as tienen dificultades para gestionar sus emociones y actúan impulsivamente, otros/as podrían retraerse y desapegarse para hacer frente a la situación cuando se sienten abrumados.

Así, este acompañamiento, comprende que a cada niño y niña que es parte de la residencia se le debe brindar experiencias de desarrollo normales, relaciones afectuosas, oportunidades para participar y contribuir, y espacios individualizados para superar las dificultades a lo largo del día en su quehacer cotidiano. De este modo, la dimensión de abordaje terapéutico al



niño/a, a través del Equipo Asignado, les proporciona el entorno óptimo para poder alcanzar su máximo potencial de desarrollo, ofreciéndole espacios donde los/as niños/as pueden ensayar formas nuevas y diferentes modos de gestionar sus acontecimientos diarios, resolver problemas y establecer relaciones, lo que se ve favorecido cuando saben que pueden recurrir a personas adultas referentes que les ayudan y orientan y consideran sus intereses reflejados en el abanico de actividades.

Este abordaje terapéutico tanto en lo cotidiano, como en espacios individualizados ofrece al niño o niña una relación de compromiso, de apoyo y oportunidades, donde el equipo Terapéutico Asignado va trabajando el aumento de la resiliencia, a través de abordajes de las habilidades de regulación emocional, la autonomía, la autosuficiencia, la competencia social, la flexibilidad y la capacidad para resolver problemas y adaptarse a los cambios (Holden, 2023).

Para el logro de aquello, el/la profesional a cargo del acompañamiento terapéutico individual, en colaboración permanente con el Equipo Asignado, debe fortalecer las siguientes habilidades (Holden, 2023):

-Habilidades para la corregulación: Niños y niñas requieren de personas adultas que les ayuden a controlar el estrés proporcionándoles una base segura, por ello los/as terapeutas residenciales y de reunificación familiar asignados, deben escuchar activamente, ayudar a los niños y niñas a etiquetar sus emociones, utilizar un tono de voz tranquilizador y reconfortante, y satisfacer sus necesidades, lo cual contribuirá paulatinamente al proceso de co-regulación. Éste no es un proceso para solucionar un problema o hacer que desaparezca el dolor, sino una habilidad que les ayuda a calmarse y sentirse contenidos/as.

Los/as niños/as necesitan que un adulto de confianza les ayude a co-regular (identificar y gestionar) las emociones a lo largo del día, así como en momentos de estrés y disgusto.

- Habilidades sociales e interpersonales: Niños y niñas aprenden habilidades relacionales al participar en relaciones sanas, así como aprenden a preocuparse por los/as demás al recibir tratos afectuosos por parte de quienes les cuidan. En este sentido, los/as Terapeutas asignados deben intencionar que cada niño o niña aprenda a llevarse bien con los demás integrantes de la residencia, así como de los entornos donde se relaciona y a establecer amistades. Para que desarrollen y mantengan relaciones, necesitan tener una serie de habilidades, como empatía y de resolución de problemas y conflictos, control de los impulsos, flexibilidad y comunicación, los que se van abordando en el día a día.

-Autonomía: Esta corresponde a un conjunto de habilidades y actitudes que incluyen la capacidad de razonar, considerar diferentes puntos de vista y tener autoestima y respeto de sí mismo. Para que niños y niñas desarrollen estas habilidades y actitudes, necesitan oportunidades en las que puedan elegir, considerando alternativas significativas. Para acompañarlos en este proceso, el Equipo Asignado debe entablar conversaciones a modo de compartir valores y conocimientos en torno a diferentes respuestas a las situaciones que a los niños y niñas se les presentan. El equipo debe ayudarles a aprender a tomar decisiones que redunden en su propio beneficio y que, al mismo tiempo, sean respetuosas con los/as demás.



La promoción de esta habilidad debe estar sustentada en el principio de autonomía progresiva.

-Autosuficiencia o autoconfianza: Es la convicción de una persona sobre su capacidad para tener éxito en una situación en concreto, desempeña un papel importante en la forma en que las personas afrontan las dificultades. La autosuficiencia positiva ayuda a niños y niñas a superar los retos de la vida y a alcanzar sus objetivos personales. Esta habilidad se va desarrollando de manera progresiva, fomentado que los niños/as desde pequeños vayan descubriendo sus intereses, sus fortalezas y desempeñando tareas con desafíos proporcionales a su etapa del desarrollo y características.

Para el cumplimiento de los objetivos del PII-U relacionados con esta dimensión, es fundamental la consideración del juego como un elemento esencial, dado que, además de ser actividad necesaria para el crecimiento y desarrollo normales de las habilidades físicas, cognitivas e interpersonales, es una herramienta importante para ayudar a niños y niñas a superar experiencias traumáticas (Perry, 2002, en Holden, 2023). Esto ya que es la principal vía de aprendizaje, exploración e interacción, que les otorga la oportunidad de arriesgarse a aprender por ensayo y error, de ganar y perder, o de probar cosas que den miedo sin repercusiones permanentes ni terribles. Por otra parte, el juego también permite reducir el estrés y liberar emociones de forma segura y adecuada, y lo que es más importante, ¡el juego es divertido! (Holden, 2023).

Aunque el juego se considera con frecuencia un elemento no esencial, el Comité de Derechos del Niño (2013) reafirma que es una dimensión fundamental y vital del placer de la infancia, así como un componente indispensable del desarrollo físico, social, cognitivo, emocional y espiritual.

Para lo anterior, se debe proporcionar el espacio óptimo para que niños y niñas jueguen y se expresen, el que puede ser una sala de juegos del que la residencia disponga, pero también en algunas ocasiones o que a algunos/as les acomode más, otro tipo de espacios abiertos como el patio u otros de su agrado. Se recomienda, que se disponga de algunos materiales de juego sensoriales o de exploración sensorial que estimulen o despierten los sentidos, ya que pueden ayudar a la regulación afectiva (Stern, 2004), los que pueden ser utilizados para estos fines: caja de arena, arcilla, pintura de dedo, o pelotas de diferentes tamaños y estilos. Para la estimulación de la fantasía y el juego de roles se suelen utilizar muñecos, figuras de animales, coches, piezas de ensamblar y disfraces, para lo anterior, se recomienda tener muñecos con distintas tonalidades de piel, así como de distintos géneros y edades. También es una buena idea tener algunos juegos de mesa acorde a sus edades como parte del material, la idea es que los niños y las niñas se sientan invitados y cómodos para jugar y que se expresen libremente.

En el mismo ámbito, el arte y la música también son salidas para la energía creativa y la inquietud emocional, el teatro y los juegos de fantasía ayudan a niños y niñas a superar acontecimientos traumáticos del pasado y a hacer frente al estrés emocional. Los pasatiempos y las actividades de interés identificados e incentivados por el/la Terapeuta Ocupacional, potencian los puntos fuertes y los intereses de niños y niñas y les ayudan a desarrollar un sentimiento de identidad. Las actividades de tiempo libre les enseñan a



divertirse y a disfrutar de la vida de forma sana y positiva, sin embargo, la evidencia ha dado cuenta que muchos entornos y programas residenciales son pobres en actividades y otras las limitan a los niños y las niñas que se las han ganado (Vander Ven, 2005 en Holden, 2023), siendo utilizado como medio de regulación.

Es de suma relevancia **involucrar a las familias** en estas actividades, puesto que proporciona un medio para desarrollar relaciones entre sus miembros, fomentar una asociación entre la familia y el niño o niña, y modelar una variedad de formas de participar en actividades divertidas y productivas. Que el equipo de Terapeuta Residencial y el/la Terapeuta de Revinculación Familiar incluya a las familias como socios en todas las actividades posibles de la vida diaria de los niños y las niñas, da la posibilidad de que sus miembros pueden relajarse y participar en un ambiente no amenazador, los niños y las niñas tienen la posibilidad de demostrar sus fortalezas, habilidades y amistades que han generado, y las familias pueden aportar ideas y recursos para las actividades que pongan de relieve los talentos, intereses y habilidades de sus niños y niñas. Dichos eventos también brindan a las familias la oportunidad de compartir su propio bagaje cultural con los demás (Holden, 2023).

Así, el desarrollo de esta dimensión tiene su foco en una atención compartida por todo el equipo de la residencia hacia lo que el niño o la niña presenta como experiencias, pensamientos y sentimientos centrales. Desde esto poder otorgarles seguridad emocional que es compatible con el establecimiento de límites, estima, afecto y cuidados eficaces, aspectos que se van desarrollando en la intervención cotidiana, o sea en cuidado directo que se tiene en el día a día con ellos y ellas, en resumen, otorgarles nuevas posibilidades de experiencias relacionales, y así ir recuperando la confianza en los/las otros/as que deben protegerle. Así este sostén afectivo es la base para ir desarrollando su identidad personal y autoestima, donde el rol protector que deben cumplir los/las adultos que son parte de la residencia es fundamental.

b.2 Fortalecimiento de capacidades para el desarrollo de agencia del niño o niña

El sentido de esta dimensión es acompañar a los niños y las niñas a fortalecer y desarrollar nuevas habilidades para la vida, estableciendo expectativas basadas en las necesidades de cada uno/a, abordando aspectos de su identidad para el desarrollo de su agencia personal. Ésta se encuentra liderada por el/la Terapeuta Ocupacional, quien debe tomar decisiones en función de las habilidades, preferencias y necesidades específicas del niño o niña en ese momento y entorno concreto, acompañado del equipo integrado.

Se encuentra a la base del principio **basado en competencias** el que refiere que los equipos deben considerar que su función principal es ayudar a niños y niñas a ser competentes en la gestión de su entorno, así como motivarles para que afronten los retos y dominen nuevas habilidades (Holden, 2023). De este modo, la labor es acompañarlos a lo largo de su estadía en la residencia para que puedan desarrollar nuevas habilidades y puntos de vista para gestionar las dificultades y los acontecimientos de su vida.

El foco es que niños y niñas aprendan a resolver problemas, gestionar sus emociones y desarrollar la flexibilidad y su capacidad de pensamiento crítico, las que son necesarias para que los/as niños/as superen la adversidad y solucionen sus conflictos, siendo ésta una



habilidad vital fundamental. El sentido, es que el Equipo Asignado pueda ayudarles a alcanzar sus objetivos personales y aumenten su motivación para aprender nuevas habilidades.

Esta intervención se desarrolla en un contexto donde el equipo integrado apoya a los/as niños/as a desarrollar habilidades en el transcurso de la realización de rutinas y actividades diarias diseñadas por el/la Terapeuta Ocupacional, y proporcionarles apoyo cuando se enfrentan a situaciones difíciles. Estas rutinas y actividades ayudan a los niños y las niñas a desarrollar habilidades para la vida, comportamientos prosociales, el deseo de aprender y el desarrollo de su agencia, lo que va aportando al desarrollo de su identidad. Los acontecimientos del día a día -desde la mañana hasta la noche- conforman la experiencia del niño o niña en la residencia.

Lo anterior, se ejecuta en todos los contextos que pudiera permitir la residencia, y tienen a la base la consideración de los recursos, fortalezas y habilidades que poseen los propios niños y niñas para desarrollar nuevas formas de relacionarse entre pares y con el mundo adulto, lo que se desarrolla en concreto a través de actividades o sesiones socioeducativas de carácter quincenal donde se abordan temáticas como la asertividad, la modulación afectiva, la expresión emocional, el autoconcepto, autoprotección, la cooperación, entre otros temas. El modo de abordaje debe ser escogido según la etapa de desarrollo de los niños y las niñas y con actividades que, por un lado, les motiven a participar, y por otro, les permitan comprender lo abordado, lo que puede ser a través del desarrollo de manualidades, lectura y creación de cuentos, teatro o juegos de roles que pueden ser personificados con juguetes, juegos de mímica o juegos de mesa que aborden temáticas relacionadas, entre otras instancias, que el equipo pueda propiciar.

Lo anterior permite trabajar de modo transversal ámbitos como **la autoestima**, la cual alude al conjunto de sentimientos y valoraciones sobre uno mismo/a, recoge lo que cada uno siente respecto a cómo es, en qué medida valora las características y capacidades que percibe en sí mismo/a (Lázaro, en Bravo y Del Valle, 2009). En este mismo sentido, también se requiere trabajar temáticas vinculadas con el enfoque de derechos, como los derechos de la niñez y adolescencia, género y diversidades sexoafectivas, entre otras que se desarrollan en los enfoques transversales del Servicio.

Las metodologías para abordar estas temáticas pueden ser mixtas, es decir individuales y/o grupales. Para evaluar cuáles serán los mecanismos y definir la mejor opción, se debe tomar en consideración las características de los niños y las niñas, sus necesidades particulares, objetivos de sus planes de intervención y su desarrollo. En los casos en que se contemplen acciones de modo individual, se espera que respondan a las necesidades particulares del niño o niña, así como la consideración a que por el proceso en el cual se encuentra es contraproducente participar de espacios grupales que tengan estas finalidades, o bien, que pueda resultarles incómodo o amenazante. Las intervenciones de carácter grupal tienen la virtud de que el/la o los/las terapeutas movilizan los recursos de los mismos participantes para generar procesos colectivos de aprendizajes y, además, es un ejercicio in situ para entrenar sus habilidades. Asimismo, niños y niñas requieren disponer de una red de relaciones afectivas entre pares que comparten la residencia, que les permita sentirse integrados/as y aceptados/as.



Acompañar a los niños y las niñas a practicar y aprender las habilidades que necesitan para tener éxito en un contexto de colectividad les ayuda a desarrollar sentido de pertenencia, donde el equipo integrado debe estructurar, supervisar y guiar con sumo cuidado el proceso y la interacción del grupo a lo largo del día.

Las intervenciones pueden ser previamente planificadas, como también aprovechar temáticas que surgen espontáneamente de los niños y las niñas, a partir de sus vivencias cotidianas. Las técnicas deben favorecer el protagonismo de niños y niñas, como ya se ha dicho, deben ser lúdicas, que motiven la participación, la reflexión, la problematización, respetando los distintos tramos de edad y evitando que quien guíe las sesiones asuma un rol de expositor/a, sino de facilitador/a.

Otro aspecto que considerar para el **abordaje del desarrollo de agencia** es el trabajo identitario, para ello es fundamental tener presente que hay dos tipos de pérdidas que experimentan los niños y las niñas. La primera son las pérdidas tangibles que implican lo físico (p. ej., la pérdida de una mascota, un hogar o un juguete favorito). Por otro lado, las pérdidas intangibles son sobre todo emocionales o psicológicas y son más difíciles de gestionar (p. ej., la sensación de seguridad, un futuro, la autoestima o la alegría). Cuando un niño o niña vive la experiencia de ser separado/a de su familia de origen, no solo la pierde a ella (pérdida tangible), sino que también podría perder su identidad como hijo/a, hermano/a o nieto/a de alguien (pérdida intangible). Estos quiebres, afectan su capacidad para formarse un sentido de identidad, una importante tarea del desarrollo de toda persona. Así, separarse de sus seres queridos, a menudo sin entender por qué, puede dar lugar a profundos sentimientos de vergüenza, de ser indigno/a o fracasado/a.

Cuando estas pérdidas permanecen sin reconocimiento ni duelo, ésta se infravalora y deshumaniza, por otro lado, equipos bienintencionados pueden estar ansiosos/as por ayudar al niño o niña a superar la pérdida antes de que esté preparado/a. Estas consideraciones desde la mirada informada en trauma, del sufrimiento de los niños y las niñas, permite al equipo integrado ponerse a disposición de ellos/as para ayudarles a llorar sus pérdidas y seguir adelante en sus propios términos.

Una técnica concreta que les apoya a poder manifestar y reelaborar el dolor de sus pérdidas, es el **libro de vida** (Marchant, 2015), el que también es fundamental, a modo de abordar ámbitos de la identidad y agencia personal de los niños y las niñas, a través de su trayectoria por la residencia. Como parte de esta dimensión de la intervención, se sugiere que esta herramienta metodológica se trabaje como un cuaderno en blanco, en un formato no estructurado, a fin de no perder la espontaneidad, que sería perjudicial, puesto que cualquier formato corre el riesgo de no permitir escribir la relevancia de determinados aspectos de una vivencia (Marchant, 2015). En él pueden plasmarse todas aquellas experiencias, situaciones, ideas o eventos que sean de relevancia para el niño o niña, las que pueden ser expresadas en palabras, dibujos, manualidades, imágenes o fotografías que surjan desde la espontaneidad tanto de él o ella, como del equipo de la residencia. De este modo, el libro tiene una función relevante durante la estadía residencial del niño o niña, no solo en el poder perpetuar su historia, sino también en términos terapéuticos, pues recurrir a él, puede ser una herramienta que le permita calmarse en momentos de dificultad o agitación, lo anterior, dado que una herramienta que puede ayudar al equipo a explicarle al niño o niña ciertas circunstancias de



su vida relacionadas con lo que está experimentando, sobre todo en lo que pudiera tener relación con los vínculos con miembros de su familia de origen, donde este malestar ocasionado por sus experiencias adversas, puede ser canalizado con este objeto que los/as representa.

La propuesta de este registro aporta en su realización al trabajo de reparación de la situación de desprotección y separación vivida por el niño o niña, que se encuentra en cuidado alternativo. Como señala su autor, no es el libro en sí mismo el que puede hacer ese trabajo, sino que es un medio que se ofrece como una de las posibilidades para favorecer algunos procesos que se consideran relevantes para el restablecimiento de los derechos vulnerados y preservación de la identidad. Así, el Libro de Vida se enmarca en una situación amplia que apunta a la reparación y que supone una reorganización que opera a nivel individual, social, familiar e institucional (Marchant, 2015). La persona encargada de promover la realización del libro de vida y de su desarrollo es el/la Terapeuta Residencial en coordinación con el Equipo Asignado al niño o niña.

Durante este proceso de abordaje terapéutico con el niño o niña y la familia, en la medida que se observa logro de los objetivos definidos en el Plan de Intervención Individual Unificado, se inician espacios progresivos de salidas y visitas al hogar familiar, con episodios graduales de su permanencia en el domicilio del/la adulto/a con el/la que se trabaja el egreso con la progresión que se indica a continuación: salida por medio día, salida por el día, salida con pernoctación de una noche, salida por el fin de semana, para luego evaluar permisos especiales de vacaciones u otros. Los resultados de estos encuentros en el domicilio deben ser evaluados de inmediato, una vez que se produzca el retorno del niño o niña a la residencia, especialmente lo referido a la cobertura adecuada de sus necesidades y la mantención de las condiciones de protección sin nuevas situaciones de vulneración.

Es importante que este proceso sea acompañado/a, dando espacio a que el niño o niña exprese sus ambivalencias, temores, resistencias, alegrías, entre una diversidad de emociones que pueden surgir. También, es importante que se intensifiquen encuentros entre el/la Cuidador/a Terapéutico y la familia para que le comparta información relevante respecto de la rutina del niño/a, sus gustos, su forma de relacionarse, entre otros aspectos de la Residencialidad Terapéutica.

b.3 Gestión y activación de soportes intersectoriales y comunitarios

En un marco del ejercicio integral de derechos, la residencia debe procurar que niños y niñas reciban todas las prestaciones que requieran para su desarrollo y de acuerdo a las necesidades específicas que cada uno o una presente, especialmente debe gestionarse el acceso al sistema de salud, educación y prestación social, en coherencia con lo establecido en la ley N° 21.430 sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, como ya fue señalado en el componente, considerando además las distintas realidades locales. Así, es que la intervención se desarrolla desde un marco de ciudadanía, pues contribuye al ejercicio pleno de derechos y apunta a que el Estado, como principal garante y la sociedad en su conjunto, asegure dicho ejercicio.



Esta dimensión es de responsabilidad del Terapeuta Residencial, el/la Terapeuta de Revinculación y el/la Terapeuta de Ocupacional y se ejecuta desde el principio **orientado a la ecología** que sostiene que cuantas más oportunidades cree el equipo para que niños y niñas participen con el apoyo de personas adultas que les cuidan, más motivados estarán para involucrarse y participar en el aprendizaje. De este modo, se sostiene que la posibilidad de acceso de los niños y niñas a los diversos servicios y actividades que requieren son parte de las prestaciones que otorga la residencia, los cuales deben ajustarse a las necesidades del niño o niña y a sus capacidades cambiantes para maximizar su crecimiento y desarrollo (Holden, 2023).

De este modo, de acuerdo con las **necesidades de salud** que hayan sido consignadas en la evaluación realizada por el programa de Diagnóstico Clínico Especializado o que haya detectado la residencia, se deberán realizar las coordinaciones pertinentes para que el niño o niña reciba las prestaciones que requiera en el ámbito de salud física y/o mental. Como también, se tendrá que efectuar la gestión de las terapias y apoyos necesarios en caso de presentar algún rezago en el desarrollo, o bien, alguna necesidad de apoyo específico. Así, cuando corresponda, se apoyará a la familia y, de no ser posible, el equipo realizará el procedimiento para que el niño o niña, obtenga la certificación de la discapacidad o condición en la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), correspondiente²⁵.

Lo mismo se deberá efectuar respecto de las **necesidades educativas** particulares, procurando que el niño o niña asista al establecimiento educacional más pertinente y reciba los refuerzos que favorezcan su proceso de aprendizaje, en caso de requerirlo, como también, todos los apoyos y beneficios que otorga el sector educacional. **El o la terapeuta ocupacional será el responsable de coordinarse con el sector salud y educación** e integrar dentro de la rutina individual las indicaciones que realicen ambos sectores y su registro en el plan de intervención. Desde otra dimensión de esta intervención, y considerando la relevancia de lo promocional; la vinculación con los establecimientos educacionales también puede ser útil para que compañeros/as de los niños y niñas, con la autorización de sus adultos cuidadores, participen en actividades de la residencia, como puede ser de espacios de estudio, en celebración de cumpleaños, actividades recreativas, entre otros.

Además, **los terapeutas de la residencia y de revinculación deberán asegurarse de que el niño o niña se encuentre inscrito en el Registro Social de Hogares y reciba las prestaciones del sistema de protección social que le asistan.**

Por otra parte, también es importante que el equipo cuente con un mapeo de los recursos comunitarios y servicios que ofrezca el municipio y el sector privado. Para que lo anterior sea posible, en primer lugar, se debe efectuar un trabajo para que la residencia sea reconocida como un recurso más del territorio, evitando la estigmatización y procurando que los niños/as se desenvuelvan como actores de esa comunidad (entendiendo que su permanencia en ella es transitoria). De esta manera, se debe promover que niños y niñas, participen en distintas instancias que aporten a sus procesos terapéuticos y al desarrollo del máximo de sus

²⁵ De acuerdo con lo establecido en la Ley 20.422 (2010), la cual “Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad” y la Ley 21.545 (2023), que “Establece la Promoción de la Inclusión, la Atención Integral, y la Protección de los Derechos de las Personas con Trastornos del Espectro Autista en el Ámbito Social, de Salud y Educación”.



potencialidades, como puede ser su inclusión en actividades culturales, deportivas, artísticas, entre otras, **siendo esto último una responsabilidad de todo el equipo residencial, liderado por su Director/a.**

Respecto de **niños y niñas en situación de migración**, el equipo deberá realizar las gestiones necesarias para que accedan a todos los servicios y prestaciones a los cuales tienen derecho. Además, si algún niño o niña se encuentra en una situación migratoria irregular, la residencia tendrá que apoyar a la familia, y de no ser posible, el equipo deberá realizar las acciones para conseguir la regularización; como también, realizar las coordinaciones para la obtención de sus antecedentes escolares, con la finalidad de que se asegure su continuidad educativa, teniendo a la vista los lineamientos del Servicio y normativa vigente.²⁶

Finalmente, el Director/a es el/la responsable de establecer y fortalecer relaciones con los vecinos/as y quienes forman parte del entorno comunitario en el cual se inserta la residencia.

Evaluación del Plan de Intervención Individual - Unificado (PII-U)

La implementación de la evaluación se encuentra bajo la responsabilidad del Equipo Terapéutico Asignado en su completitud, vale decir, Terapeuta Residencial, Terapeuta de Revinculación Familiar, Terapeuta Ocupacional y Cuidador/a Terapéutico, aportando cada cual desde su especificidad, cuyo objetivo es evaluar **junto al niño/a y su familia**, desde una **perspectiva formativa y de fortalezas**, su proceso de intervención ex - dure y ex - post, contemplando en consonancia a ello, dos momentos de evaluación: (1) La Evaluación de Proceso y (2) La Evaluación al término de la intervención.

La **Evaluación de Proceso con el niño, niña y su familia**, considera los siguientes ámbitos: individual; familiar y las redes. Ésta consiste en la revisión de los avances del Plan de Intervención Individual Unificado, la identificación de obstaculizadores y/o nuevos hallazgos que emerjan durante la intervención para, si corresponde, ajustar dicho plan y tomar decisiones oportunas para el bienestar del niño o niña.

Para ello, el Equipo Asignado deberá organizar sesiones y/o instancias de evaluación con el niño o niña y su familia, en las cuales se promoverá un proceso de reflexión que rescate las fortalezas y logros respecto de los procesos de resignificación de las experiencias de desprotección y de revinculación, en miras a revisar las proyecciones respecto de la

²⁶ Para el abordaje con niños y niñas inmigrantes, se debe tener en especial consideración el documento “Enfoques Transversales”, específicamente el apartado. I.3.1 “Intervenciones desde el enfoque de interculturalidad con niños, niñas, adolescentes y sus familias en situación de migración” y tener a la vista los siguientes documentos:

1. Resolución Exenta 186 sobre gestión de casos de NNA extranjeros sujetos de atención del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia: REX-186-NNA-en el exterior-condiciones-de-vulneración_2022.pdf (sharepoint.com)

2. Resolución Exenta 173 que aprueba protocolo sobre compras de pasajes para la reunificación familiar de un niño, niña o adolescente extranjero: REX-173-COMPRA-PASAJES.pdf (sharepoint.com)

3. Protocolo para la protección de NNA no acompañados y separados en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional: 30475 (pjud.cl)

4. Por último, es necesario tener a la vista y conocer el <http://tratadepersonas.subinterior.gob.cl/media/2015/07/MITP-Protocolo-Intersectorial-de-Atenci%C3%B3n-de-V%C3%ADctimas-de-Trata-de-Personas.pdf>



reunificación familiar. Asimismo, se buscará identificar obstáculos y revisar en conjunto formas de abordarlos, aportando a su percepción de eficacia para enfrentar las dificultades.

En materia de redes, es imprescindible que los logros, limitaciones e inconvenientes que han presentado en la atención con los niños, niñas y sus familias para su revinculación y reunificación familiar, sean compartidos con los co-garantes, mediante la realización de reuniones con aquellos que han participado en el desarrollo de la intervención, con la finalidad de incorporar su visión respecto de dicho proceso e involucrarlos en el abordaje de las dificultades que se han levantado, para hacer sostenible el proceso de reunificación familiar.

Esta evaluación se realiza trimestralmente, siendo recomendable que, de manera complementaria, el Equipo Asignado sostenga reuniones internas con el Director/a con el fin de ampliar la mirada respecto de los avances del proceso y disminuir sesgos del equipo interviniente. No obstante, lo anterior, la evaluación podrá realizarse toda vez que sea necesario, en atención a las circunstancias que afectan a la familia en su conjunto, a fin de ir ajustando los objetivos y estrategias de intervención en función de los logros o retrocesos que se observan en el proceso desarrollado.

Dicho proceso de evaluación trimestral se informa al Tribunal de Familia derivante en los plazos establecidos por esta entidad, a través del Informe de Avance (Anexo N° 2: Formato de Informe de Avance), incorporado al Sistema Informático del Servicio.

Cabe destacar que, todo evento relevante, ya sea una situación que vulnere los derechos del niño o niña, la falta de vinculación de la familia con el Modelo Residencial Terapéutico o acciones que contribuyan a su bienestar o favorecen su egreso en forma anticipada y que surja durante el proceso de intervención, debe ser informado de manera oportuna al ente derivante.

Para dar inicio a la etapa de sostenibilidad de los cambios, y el retorno de la convivencia del niño o niña con su familia o con el/la o los adultos con los que se trabajó para el cuidado familiar estable, se requiere evaluar si los objetivos y resultados esperados finales que se propusieron en el Plan de Intervención Individual Unificado en cada uno de sus ámbitos fueron alcanzados, lo cual se nutre con la evaluación ex post de las condiciones para el ejercicio del rol de cuidado de la familia y del fortalecimiento de la vinculación con el niño o niña, además de la evaluación del logro de resultados del acompañamiento terapéutico con el niño o niña.

Esta fase también debe realizarse en conjunto con los participantes de la intervención, promoviendo su reflexión respecto del proceso que han llevado a cabo, mirando en retrospectiva las situaciones que originaron su ingreso y que favorecieron la ocurrencia de experiencias adversas que afectaron a sus hijos o hijas, para luego recordar el camino recorrido, identificando los recursos que han movilizado los aprendizajes obtenidos y las herramientas desarrolladas, que han incidido en las transformaciones en las dinámicas familiares y en el logro de los objetivos de intervención. Es importante que el equipo promueva una evaluación desde una perspectiva formativa y de fortalezas, pero que, a la vez, ayude a los padres, madres o cuidadores/as principales a identificar nudos que requieren atención para que no se reiteren situaciones que dañen a sus hijos o hijas. Asimismo, es importante chequear que las familias se encuentren conectadas con el sistema de protección social,



salud y educación y que mantengan los soportes movilizados para apoyar sus tareas de crianza.

Finalmente, el Equipo Asignado debe convocar a una reunión técnica interna con el Director/a, con el propósito de disminuir la ocurrencia de sesgos y evitar puntos ciegos que pudieran presentarse e impactar negativamente en la evaluación del proceso de intervención cursado por las familias y sus niños o niñas, determinando de manera consensuada si los avances que ameritan avanzar a la siguiente etapa o mantenerse en intervención residencial.

Previo a la despedida de la residencia, se debe realizar una actividad reflexiva conducida por el Equipo Asignado y su familia o un referente afectivo, en el caso en que se haya determinado por otra alternativa de egreso, con el propósito de revisar el proceso desarrollado, los avances y los desafíos por venir. El equipo en conjunto con el resto de los niños y las niñas, pueden crear una metodología para el hito de despedida que se ajuste a las características del niño o niña a quién se está despidiendo. Además, se debe entregar al niño o niña su Libro de Vida, previa consignación de este proceso, en este libro, y la documentación a la familia o al referente con el cual egresa.

Esta etapa finaliza con el nuevo ajuste al Plan de Intervención Individual Unificado para la etapa de Sostenibilidad de los cambios, el cual además de los objetivos y actividades, contiene las debilidades, fortalezas y apoyos que perciben necesarios todos los actores del acogimiento para el momento de dar inicio a la convivencia.

Lo antes señalado se reporta al Tribunal de Familia competente en el Informe de Avance que se emite cada tres meses, junto al Plan de Intervención Individual Unificado ajustado a la etapa de Sostenibilidad de los cambios.

Toma de decisiones cuando la evaluación del Plan de Intervención Individual determina que no es posible la reunificación familiar.

En casos en que el Equipo Asignado, en conjunto con el niño, niña y su familia, en reunión de evaluación del Plan de Intervención Individual Unificado, transcurridos más de 6 meses desde el inicio de la etapa de ejecución del Plan de Intervención Individual Unificado, evalúan un nivel de cumplimiento por debajo de los resultados esperados, considerando que se hubieran aplicado las diferentes estrategias, metodologías y técnicas, se deberá determinar, idealmente en forma consensuada, una nueva alternativa el cuidado familiar estable, lo que debe incorporarse en el ajuste del PII-U.

En la misma reunión de evaluación se definen en conjunto las posibles alternativas, entre éstas, el cuidado permanente de familiares de la red extensa, cuando éstos/as tienen disponibilidad y capacidades de cuidado, y el niño o niña está de acuerdo (e idealmente también la familia de origen). Se favorece que la familia de origen puede mantenerse presente en la vida del niño o niña, lo cual es trabajado por el/la Terapeuta Residencial en coordinación con el Terapeuta de Revinculación Familiar.

Cuando la búsqueda de redes familiares y la intervención realizada no logren el objetivo de que el niño o niña pueda reunificarse con su familia de origen o extensa, la restitución del derecho a vivir



en familia puede darse a través de una familia de acogida externa o de la adopción, para lo cual es preciso ajustar el Plan de Intervención Individual Unificado acorde a esta determinación. Cuando se estima factible, el Plan de Intervención Individual Unificado se ajusta, redefiniéndose los objetivos para la intervención individual con el niño o niña, para el ámbito familiar y el de redes.

Etapa 4: Sostenibilidad de los cambios (6 meses)

La etapa de sostenibilidad de los cambios se extiende por un plazo máximo de 6 meses²⁷, a partir del inicio de la convivencia permanente del niño o niña en el hogar de la familia con la que se proyectó y se ha venido trabajando la reunificación, siendo liderado por el Programa de Fortalecimiento y Revinculación, no obstante, no hay que perder de vista que el niño o niña requiere contar con un espacio propio para ser acompañado en este proceso, lo que exige una sincronización absoluta con la etapa de sostenibilidad del Programa de Fortalecimiento y Revinculación. Su objetivo es brindar un acompañamiento al niño o niña durante este período inicial de convivencia con la familia, apuntando a la concreción de la reunificación familiar.

Cabe señalar, que esta etapa es una continuación de la intervención con el niño o niña y no sólo un seguimiento, pues se trata de un acompañamiento activo. Por tanto, el Equipo Asignado debe actualizar el PII-U con fines de monitoreo y consolidación de los cambios. Éste debe contener objetivos, actividades presenciales (no sólo contactos telefónicos), plazos y responsables concernientes a los temas abordados durante el proceso residencial.

En este contexto, el/la Terapeuta Residencial junto al Terapeuta Ocupacional asignado a su ingreso deberán acompañar al niño/a en este nuevo proceso que se inicia con la convivencia con su familia, manteniendo su vinculación e intervención terapéutica, a fin de apoyarlo/a en ese tránsito del cuidado y favorecer su adaptación durante la reunificación familiar, siendo preciso mantener coordinaciones y colaboración fluida y permanente con el/la Terapeuta de Fortalecimiento y Revinculación Familiar que realiza la intervención vincular y con la familia que asume el cuidado estable en esta etapa de sostenibilidad de los cambios.

Durante el primer mes, el acompañamiento debe realizarse, con una frecuencia de dos veces por semana, debiendo **al menos** una de ellas tener carácter presencial²⁸ y posteriormente, a partir del segundo mes en adelante, y a medida que los objetivos del PII-U se vayan alcanzado, éste podrá disminuir a una frecuencia mínima de una vez a la semana, hasta que tras la primera evaluación del PII-U, a los tres meses de iniciada ésta, se consensue entre todos los actores que participan del proceso una frecuencia quincenal.

Esta etapa tiene como objetivo realizar un monitoreo activo por parte del Equipo Asignado, con el liderazgo, como ya se mencionó, del/la Terapeuta de Revinculación Familiar, cuyo aporte por parte del equipo residencial asignado está dirigido al **acompañamiento terapéutico de los niños y las niñas**, focalizada en atender a sus sentimientos y percepciones frente a las distintas dimensiones de la convivencia que emerjan durante esta etapa, elaborando momentos conflictivos en caso de que hayan ocurrido y conteniendo cuando se presenten

²⁷ Plazo referencial, está sujeto a los avances que se produzcan durante la intervención en esta etapa para concretar una alternativa familiar estable para el niño o niña, así como los plazos que determine el Tribunal de familia o con competencia en familia que ordenó la medida de protección.

²⁸ En caso de requerirse, y siempre y cuando no vaya en desmedro de los objetivos de la intervención, algunas sesiones de trabajo podrán ejecutarse vía telemática.



desbordes emocionales producto de la vinculación con la familia con la cual se ha trabajado para asumir establemente sus cuidados. Así también, se les brinda apoyo ante cualquier inquietud que deseen comunicar, recogiendo su opinión y explicando en un lenguaje comprensible y de acuerdo con su curso de vida aspectos que para ellos/as puedan resultar significativos respecto de la proyección del cuidado de forma definitiva.

Así también, es necesario mantener un trabajo coordinado y colaborativo **con el Programa Mi Abogado y el curador ad litem**, siendo clave, además fortalecer la inserción comunitaria de niños y niñas, la vinculación con redes formales y consolidación con redes informales, tales como otras figuras adultas que puedan ser referentes y contribuir a su bienestar. Éstas pueden ser personas de la familia extensa, vecinos e incluso figuras de organizaciones comunitarias. El Intersector claramente se constituye en el co-garante principal. También, se requiere asegurar que el niño o niña se encuentra recibiendo las prestaciones del sistema educativo, de salud y protección social. Además, si requiere otros soportes, deberá ser derivado/a a los programas pertinentes.

Para el logro de lo anterior, es imprescindible que el Equipo Asignado realice un **acompañamiento planificado**, que vaya disminuyendo su intensidad gradualmente, hasta que la familia se encuentre en plenas condiciones para asumir el cuidado de manera segura y protectora, distanciada de la intervención del Modelo Residencial Terapéutico Integrado. Así, durante el primer mes, el acompañamiento debe realizarse con una frecuencia de dos veces por semana, debiendo al menos una de ellas tener carácter presencial²⁹ y, posteriormente, a partir del segundo mes en adelante y a medida que los objetivos del PII-U se vayan alcanzado, éste podrá disminuir a una frecuencia mínima de una vez a la semana, hasta que tras la primera evaluación del PII-U, a los tres meses de iniciada ésta, se consensue entre todos los actores que participan del proceso una frecuencia quincenal.

En cuanto a la **evaluación del cumplimiento de los objetivos del PII-U** en la etapa de sostenibilidad de los cambios, el PII-U debe ser evaluado conforme avanza el proceso de convivencia permanente en el mismo hogar de los niños, niñas y la familia con la cual se ha trabajado la reunificación o integración familiar, considerándose pertinente la realización, de al menos dos evaluaciones en esta etapa. La primera, tras tres meses de convivencia del niño o niña con la familia, y la segunda, cuando se cumplan los criterios para definir el egreso, que se detallan más adelante.

Las evaluaciones del PII-U se realizan en sesiones conjuntas, de carácter presencial, en las cuales participan los niños/as, el grupo familiar que se ha constituido como alternativa familiar estable y el Equipo Asignado. Éstas podrán efectuarse en el domicilio de la familia o en dependencias de la residencia.

La primera evaluación apunta a revisar en conjunto los distintos ámbitos de la convivencia y satisfacción de necesidades del niño o niña en el contexto familiar, dentro de éstos, la dinámica familiar, rutinas, u otras facetas de la cotidianeidad, analizando factores protectores

²⁹ En caso de requerirse, y siempre y cuando no vaya en desmedro de los objetivos de la intervención, algunas sesiones de trabajo podrán ejecutarse vía telemática, especialmente en zonas geográficas extremas o en condiciones de aislamiento territorial.



y de riesgo, avances producidos y de los problemas que puedan haber emergido en ésta, además de los tipos de apoyo que el sistema familiar requiere para continuar avanzando en el cuidado protector del niño o niña.

En una sesión presencial, todos los actores mencionados evalúan el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos para la etapa, ligados con las estrategias y actividades planificadas, contrastándolas con los criterios de logros definidos.

Tras análisis de la evolución del PII-U de esta primera evaluación, -desde una mirada centrada en los recursos y hacia lo que ha sido favorable en la dinámica familiar-, será posible consensuar el apoyo profesional, en el siguiente período, además, se elabora el Informe de Avance y se envía al Tribunal de Familia derivante, incluyendo el Plan de Intervención Individual Unificado ajustado, cuando ello aplica.

En tanto, el propósito de la segunda y última evaluación de pre - egreso es que todos los actores implicados en el proceso de reunificación familiar analicen en una sesión conjunta de trabajo el cumplimiento de los objetivos del PII-U establecidos en su última revisión, verificando si se encuentran las condiciones para que la convivencia pueda continuar sin la intervención profesional.

Los criterios que el Equipo Asignado con la colaboración del/la Director/a y el Equipo Integrado debe valorar para dar por finalizado el proceso de reunificación familiar, dando paso a la etapa de egreso son los siguientes:

1. La familia ha superado las causales asociadas a la situación de desprotección avanzada que originó el ingreso al acogimiento residencial.
2. El sistema familiar ha logrado resolver los eventuales problemas de convivencia que puedan haberse suscitado en la etapa de sostenibilidad de los cambios, incluyendo la búsqueda de apoyo para resolverlos.
3. La familia presenta capacidades para responder satisfactoriamente a las necesidades de cuidado particulares del niño/a, y se encuentra vinculada a los programas de protección social que le permiten sostener y/o apoyar su rol de cuidado.
4. Los niños y las niñas expresan su voluntad para continuar viviendo en el entorno familiar sin apoyo del Equipo Asignado.
5. Las figuras adultas responsables consolidan prácticas de cuidado basadas en el buen trato hacia el niño o niña.

El primer y segundo criterio son indispensables para dar por superada esta etapa y avanzar a la etapa de egreso. Sin embargo, los restantes criterios representan indicadores concretos de sostenibilidad de los cambios alcanzados durante la intervención y, por lo tanto, de no estar presentes, es necesario solicitar ampliación del plazo para esta etapa, a objeto de continuar trabajando hacia su consecución. Si pese a haber adoptado todas las medidas requeridas y la consecuente ampliación del plazo para intervenir no se logran sostener los cambios, se debe evaluar la solicitud de otras medidas de protección en favor del niño/a, sugiriendo, por ejemplo, la medida subsidiaria de la adopción, propuesta que deberá ser analizada en reuniones de análisis de casos y definida en reunión resolutoria con la Unidad Regional de Adopción.



Por otra parte, será necesario solicitar cambio de medida cuando un niño/a denuncie o alguno de los miembros del Equipo Integrado tome conocimiento de hechos eventualmente constitutivos de delitos cuyos responsables sean los adultos con los que se encuentre conviviendo, activando la Resolución Exenta N°155, de 2022, del Servicio, u otra que la modifique o sustituya, y aplicando los procedimientos e instrucciones técnicas señaladas en dicho documento.

Una vez logrado el objetivo de que la familia pueda continuar asumiendo el cuidado y la crianza del niño o niña sin el acompañamiento del Equipo asignado se avanza a la etapa de egreso.

Etapa 5: Egreso (2 semanas)

Esta última fase tiene una duración referencial de 2 semanas y es **liderada por el/la Director/a del Modelo Residencial Terapéutico Integrado.**

La etapa de egreso se inicia cuando se evalúan logrados los objetivos del PII-U para la etapa de sostenibilidad de los cambios y en ella se realizan tres actividades principales: sesión de cierre con el niño o niña y el/la adulto/a a cargo del cuidado familiar estable, elaboración del Informe de Egreso y cierre administrativo de la intervención.

En la sesión de cierre del proceso el Equipo Asignado realiza devolución del camino recorrido juntos/as, señalando los hitos relevantes, los cambios logrados por el niño/a y la familia, los recursos desplegados por ellos/as en la intervención y que pueden utilizar cuando lo necesiten, entre otros que favorezcan la construcción de identidad familiar y la percepción de autoeficacia.

En caso de niños o niñas en que se restituyó el derecho a vivir en familia a través de la adopción, el egreso se produce cuando la familia adoptiva asume el cuidado personal o la adopción propiamente tal, siendo responsable del seguimiento de este proceso el Programa de Intervención con niños y niñas institucionalizados/as y su preparación para la Integración a Familia Alternativa a la de Origen (PRI).

En caso de niños o niñas, que restituyen su derecho a vivir en familia ingresando a un Cuidado Alternativo Familiar (FAE), será responsable de su atención el equipo de dicho programa.

Por otra parte, el Equipo Asignado elabora el Informe de Egreso (ver formato en anexo N°3), el cual se remite al Tribunal de Familia o con competencia en esta materia solicitando el egreso del/la niño/a del Modelo Residencial Terapéutico Integrado.

Cuando no se logre encontrar una alternativa de cuidado familiar estable, de manera excepcional una alternativa de egreso puede ser la derivación a otra residencia, por alguna situación como: cambio de territorio de la familia, promover la mantención del vínculo con hermano/as o por edad. En cualquiera de estos casos se debe tomar una decisión con sustento técnico y realizar un acompañamiento en esta transición.

El proceso de egreso propiamente tal se concreta con la respuesta positiva del tribunal competente en materia de familia a la solicitud de modificación o cese de la medida de protección de permanencia en la residencia, debido a que se evalúa que se cuenta con las



condiciones necesarias para dar término a la intervención residencial, definiendo que el vivir con la familia es sostenible sin acompañamiento del equipo.

El egreso constituye un hito de cierre del proceso de intervención y es por ello por lo que la residencia debe desarrollar acciones de carácter técnico y administrativo a fin de resguardar que ello no atente contra el bienestar del niño o niña al retornar a su contexto familiar.

7.4. MATRIZ LÓGICA

La presente matriz lógica considera indicadores asociados al objetivo general y específico del Programa, sus correspondientes fórmulas de cálculo, resultados esperados y medios de verificación.

Este Programa, además, aporta al logro del objetivo de **fin del Modelo Residencial Terapéutico Integrado: Contribuir a la protección integral de derechos de los niños y las niñas vulnerados/as.**

El alcance de los resultados esperados debe ser monitoreado de manera constante por el/la Directora/a del proyecto, quien debe contar con un sistema interno de gestión de resultados, procesos y satisfacción de usuarios/as.

Cabe señalar que la matriz lógica, y su cumplimiento, es un insumo básico para el proceso de evaluación de desempeño anual de proyectos efectuado por el Servicio.

INDICADOR DE PROPÓSITO

OBJETIVO GENERAL	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	RESULTADO ESPERADO	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Restituir el derecho de los niños y niñas a vivir en una familia estable y protectora.	Porcentaje de niños y niñas egresados/as con una alternativa familiar estable en el año t.	$(N^{\circ} \text{ de niños/as egresados/as con una alternativa familiar estable en el año } t / N^{\circ} \text{ total de niños/as egresados/as en el año } t) * 100$	70%	PII-U; informes de avance e informe de egreso en el Sistema Informático del Servicio

INDICADORES DE COMPONENTES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	RESULTADO ESPERADO	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Proporcionar un contexto residencial seguro que responda a las características y necesidades de los niños y niñas.	El proyecto obtiene puntaje igual o superior a 2,5 en el informe de supervisión técnica en el año t.	$(N^{\circ} \text{ de informes de supervisión técnica con puntaje igual o superior a 2,5 en el año } t / N^{\circ} \text{ de informes de supervisión técnica realizados en el año } t) * 100$	90%	Informes de Supervisión Técnica en Sistema Informático del Servicio



Brindar un proceso terapéutico que contribuya a la resignificación de las experiencias de desprotección de los niños y niñas.	Porcentaje de niños y niñas atendidos/as que reciben el 100% de las actividades de acompañamiento terapéutico individual planificadas en su PII-U para el año t	(N° de niños/as atendidos/as que reciben el 100% de las actividades de acompañamiento terapéutico individual planificadas para el año t /N° niños/as atendidos/as en la residencia en el año t) *100	80%	PII U e informes de avance en Sistema Informático del Servicio Carpeta del niño o niña
Articular los soportes intersectoriales y comunitarios durante la permanencia del niño/a en el Programa.	Porcentaje de niños y niñas atendidos/as que reciben las prestaciones establecidas en el PII U en el ámbito de redes en el año t	(N° de niños/as atendidos/as que reciben las prestaciones establecidas en el PII U en el ámbito de redes en el año t /N° de niños/asatendidos/as en la residencia en el año t)*100	100%	Sistema Informático del Servicio Carpeta del niño o niña

VIII. RECURSOS

8.1 GESTIÓN DE PERSONAS

Marco de la ley N°20.032 para la gestión de los recursos humanos en Colaboradores Acreditados

En la gestión de los recursos humanos, el Colaborador Acreditado deberá ajustarse a los principios que establece el artículo 2 de la ley N°20.032, en sus numerales 5, 6 y 8, a saber:

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

- 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.

- Objetividad, calidad, idoneidad y especialización del trabajo, que se realizará de acuerdo con las disciplinas que corresponda. Al respecto se debe respetar los requisitos, prestaciones mínimas y plazos, establecidos en las presentes bases técnicas, a las que se refiere el reglamento de la ley N°20.032 (decreto supremo N°7, de 2022, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Subsecretaría de la Niñez).



Complementariamente, en este marco, debe tenerse en cuenta los siguientes criterios a respetar en la contratación de las personas:

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 los principios ya señalados de probidad, idoneidad de competencias profesionales, conocimiento del contexto territorial en un proyecto específico. Es deseable especialización en el ámbito psicosocial ligado a infancia y adolescencia vulnerada (formación en temáticas de victimización, práctica informada en trauma, informes a Tribunales, entre otros).

En relación con los requisitos que deberá cumplir el Colaborador Acreditado para el pago de los aportes financieros del Estado, se deberá atener a lo indicado en la ley N° 20.032, actualmente vigente, a saber:

Artículo 30

Contar con un 75 por ciento del personal conformado por profesionales especializados acordes a la respectiva línea programática. 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 interviene con el niño/a y adolescente, excluyendo al personal administrativo.

Cabe destacar que el Servicio implementa la academia de formación, a la cual tendrán acceso el equipo de este programa para la instalación gradual de capacidades.

Deberá considerarse en procesos de selección las inhabilidades para trabajar en el Servicio y su red de colaboradores, tal como lo indica el artículo 7 de la ley N°20.032 que señala, “Personas que figuren en el registro de personas con prohibición para trabajar con menores de edad; las que figuren en el registro de condenados por actos de violencia intrafamiliar establecido en la ley N° 20.066; o las que hayan sido condenadas por crimen o simple delito que, por su naturaleza, ponga de manifiesto la inconveniencia de encomendarles la atención directa de niños, niñas o adolescentes, o de confiarles la administración de recursos económicos ajenos” y, “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”.

Asimismo, se contempla, el proceso 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.

Cada Colaborador Acreditado deberá asegurar políticas de formación continua del recurso humano contratado para la ejecución de los proyectos. Asimismo, de acuerdo con el artículo



55 de la ley N°21.302, deberá acceder a las capacitaciones que realice el Servicio para su debida formación y capacitación, lo cual demandará del proyecto, horarios y condiciones para tales efectos, a fin de garantizar la especialización y tecnificación en las materias inherentes a su labor.

Por otra parte, la ley N°21.302 en su artículo 6, letra g) establece la función del Servicio de otorgar asistencia técnica a los Colaboradores acreditados respecto de la ejecución de los programas de protección especializada, brindándoles información, orientación o capacitación, cuando ello se requiera, o en la medida que se solicite y a ello acceda fundadamente el Servicio, previa evaluación correspondiente. No obstante, lo anterior, ninguna falta de información, orientación o capacitación podrá subsanar el incumplimiento de las condiciones o requisitos básicos establecidos por el convenio respectivo al colaborador acreditado.

Por otra parte, el Colaborador Acreditado deberá contar con políticas para el cuidado de equipos, previniendo así, el Síndrome de Burnout, ya que éste puede constituirse en un factor adverso a la calidad de las atenciones que requieren los niños, niñas y adolescentes. Al respecto, la evidencia ha mostrado que la salud laboral para quienes intervienen en contextos emocionalmente demandantes, como es el caso de la población atendida en el Servicio, en entornos de marginalidad o exclusión social o territorial, puede verse alterada por la aparición del estrés laboral crónico. Dado lo anterior, la salud laboral debe ser parte de las políticas de cada colaborador para asegurar la calidad y la pertinencia del trabajo proteccional a realizar.

Énfasis de la gestión de personas en este programa

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

Esta gestión debe incorporar, también, la complejidad que reviste el cuidado de niños y niñas que han experimentado vivencias traumáticas y el acompañamiento a sus familias en el desarrollo de capacidades para su cuidado, en particular, considerando historias transgeneracionales de violencia y la dificultad para acceder a soportes intersectoriales para el ejercicio de la parentalidad.

Como señala Holden et al (2020, p.9), **“la herramienta más importante que tenemos para ayudar a los niños a crecer, desarrollarse y prosperar somos nosotros mismos”, en este sentido, los/as profesionales requieren ser emocionalmente competentes y conscientes de sí mismos/as “para ayudar con éxito a los niños y las familias”** (Holden et al., 2020, p. 28).

En este contexto es prioritaria la generación de instancias internas de reflexión para el cuidado del Equipo Integrado, con foco en sus prácticas, con el objetivo de prevenir el burnout y mejorar las estrategias de intervención.



Recursos Humanos

El Programa de Acogimiento Residencial Terapéutico para Segunda Infancia con cobertura de hasta 20 niños y niñas requiere para su ejecución el siguiente equipo:

CARGO	ESTÁNDAR	JORNADA
Director/a	1	Completa
Terapeuta Residencial (Psicólogo/a o Trabajador/a Social)	1	Completa
Terapeuta Ocupacional ³⁰	1	Completa
Cuidador/a Terapéutico	1 cada 3 niños/as de día 1 cada 4 niños/as de noche	Completa en sistema de turnos
Manipulador/a de alimentos	Dotación que permita asegurar a los niños/as estas prestaciones durante los 7 días de la semana.	Completa
Auxiliar (Aseo, Estafeta)		Completa

Los Colaboradores Acreditados podrán considerar la contratación de otros profesionales o técnicos que les permita mejorar la ejecución del programa, siempre y cuando dicho financiamiento no afecte el modelo de intervención y los cargos definidos en cuadro anterior.

Descripción de roles:

Director/a: Es el encargado/a de liderar y monitorear los procesos de ejecución de los PII-U de cada niño, niña y sus familias o personas adultas con las cuales se proyecta el cuidado familiar estable, velando por el óptimo desarrollo del Modelo Residencial Terapéutico Integrado, siendo el responsable del cuidado personal de los niños y las niñas.

En concordancia a lo anterior, acompaña, asesora y conduce técnicamente al Equipo Integrado en apoyo a la intervención, a través de reuniones periódicas y otras metodologías de trabajo que promuevan una práctica reflexiva³¹, la que invita a la escucha, análisis y retroalimentación al interior del equipo. Además, brinda la posibilidad de acceder a la autoconciencia de prejuicios, desafíos y puntos ciegos del trabajo que se lleva a cabo, intencionando cambios que permitan dotar de sentido, continuidad y consistencia al trabajo realizado al interior del equipo (Andersen, 1997).

Complementariamente, es el encargado/a de establecer alianzas estratégicas con el intersector y el entorno comunitario, con el fin de asegurar el desarrollo integral de los niños y las niñas, así como el abordaje y superación de los múltiples factores que incidieron en la separación de sus familias y la acogida de éstos por la comunidad.

³⁰ En territorios donde se ejecuta la presente modalidad y exista dificultad para la contratación de este profesional, se podrá contratar otro profesional que tenga las competencias para desarrollar las actividades que exige este rol en la presente Base Técnica.

³¹ Praxis desarrollada por Tom Andersen, que habla de un espacio de horizontalidad donde todos/as los/as actores (y más) se sumergen en un diálogo diverso y absolutamente respetuoso y ético a la búsqueda de nuevas posibilidades frente al problema. Esas posibilidades aparecen en el propio diálogo.



Asimismo, debe monitorear el logro de objetivos del Modelo Residencial Terapéutico Integrado y los registros de la intervención realizada con los niños, niñas y sus familias, en la carpeta individual y en la plataforma informática del Servicio.

Terapeuta Ocupacional: Es quien debe asegurar el desarrollo óptimo del principio basado en competencias, debiendo definir las rutinas de los niños y las niñas, en función de sus habilidades, preferencias y necesidades específicas en ese momento y entorno concreto, acompañado del equipo integrado.

En el espacio residencial, es responsable del diseño participativo de la rutina general y rutinas personalizadas, según las necesidades de desarrollo de los niños y las niñas, los PII-U y según lo establecido en las bases técnicas.

Cuidador/a Terapéutico: Durante el día, el cuidador terapéutico responde a las necesidades particulares de cada niño o niña, acompañando de manera cotidiana, brindándole protección, seguridad y oportunidades de aprendizaje, para tener nuevas formas de vincularse y resolver conflictos, mediante una práctica informada en trauma, generando actividades que favorezcan su crecimiento y desarrollo. Asimismo, acompaña y/o ejecuta las diversas actividades referidas en la rutina diaria, las rutinas personalizadas y la participación del niño o niña en prestaciones intersectoriales e instancias comunitarias.

Durante la noche, el cuidador terapéutico vela por el resguardo del ambiente terapéutico al interior de la residencia en horario **posterior a la jornada laboral diurna**, brindando a los niños y las niñas un contexto de seguridad.

Terapeuta Residencial: Son profesionales del Trabajo Social y de la Psicología donde su quehacer en la residencia se caracteriza por brindar a los niños y niñas una relación de cercanía, que les permita generar sentimientos de pertenencia y confianza, a modo de ir abordando sus historias de violencia y desprotección, para así al ir dando sentido a lo vivido y a las emociones y sentimientos relacionados y poder integrarlas paulatinamente a su trayectoria vital, dando paso a nuevas posibilidades de crecimiento y desarrollo integral.

A su vez, son quienes lideran el proceso de elaboración, ejecución y evaluación de los PII-U de los niños/as y- sus familias, en conjunto con los/as Terapeutas de Revinculación Familiar y en colaboración con el Equipo Integrado, desarrollando el Modelo Residencial Terapéutico Integrado, realizando las acciones tendientes a la restitución del derecho a vivir en familia, de acuerdo con lo establecido en las bases técnicas.

De este modo, el/la Terapeuta Residencial asume la responsabilidad técnica y administrativa de **20 casos** en co – responsabilidad para la ejecución del Acompañamiento terapéutico a los niños/as y a sus familias, pudiendo darse las siguientes combinaciones:

- 1 Terapeuta Residencial de profesión Trabajador/a Social y 1 Terapeuta de Revinculación de profesión Psicólogo/a; o
- 1 Terapeuta Residencial de profesión Psicólogo/a y 1 Terapeuta de Revinculación de profesión Trabajador/a Social.



Es importante señalar que los/las integrantes del equipo de este programa forman parte del Equipo Integrado, en el cual cada uno/a realiza funciones específicas que aportan a la Residencialidad Terapéutica. Por lo tanto, todos y todas deben comprender el marco ético-conceptual en el cual desarrollan sus tareas y que la forma de vincularse con los niños y las niñas es parte del cuidado sensible que otorga la residencia.

8.2 INFRAESTRUCTURA

La residencia debe garantizar la protección de los niños y las niñas que han sido separados temporalmente de su medio familiar, otorgando las condiciones de seguridad y cuidados necesarios para el desarrollo de su potencial, así como el ejercicio de sus derechos. Esto comprende las condiciones materiales que incluyen: la seguridad, la calidad de vida para el bienestar y el resguardo de los derechos de la población atendida **en un espacio residencial único, que garantice sus particularidades e intimidad.**

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

- 1) Para su funcionamiento la residencia deberá contar con un inmueble, ya sea, propio, arrendado cedido, destinado, en comodato u otro título que lo garantice por un tiempo determinado, el que no podrá ser inferior a la duración del proyecto, y que contemple apropiadas condiciones de prevención de riesgos y seguridad, mantención, higiene, orden, accesibilidad, mobiliario, entre otros; los cuales deben ser apropiados para el quehacer y la atención de los niños, las niñas, las familias y visitas.
- 2) Debe garantizar la habilitación de dependencias para el uso exclusivo de los niños y las niñas y permitir una atención lo más personalizada posible y respetuosa de la privacidad.

Sobre el inmueble:

- Dormitorios que permitan albergar hasta 20 niños/as, considerando que cuenten con espacios que promuevan la privacidad.
- Los espacios comunes o compartidos deben contar con mobiliario adecuado para los/as niños/as y sus familias y contar con ornamentación y equipamiento ajustado a sus necesidades.
- Sala de estar o de recepción, para el recibimiento de las familias de los/as niños/as, o de aquellas personas vinculadas a la intervención (redes u otros programas que trabajen con el niño o la niña).
- Espacio para realización de intervenciones individuales, sesiones familiares, reuniones, entre otros.
- Espacio para que el equipo pueda realizar labores, reuniones, supervisiones, espacios de análisis, entre otros.
- Espacio para visitas familiares.



Ubicación:

Emplazado en un lugar de fácil acceso, con conectividad, principalmente a servicios de salud y educación, y no ubicarse en zonas donde exista riesgo inminente para la salud o seguridad de los usuarios/as.

IX. SISTEMA DE REGISTRO

La entrada en vigor 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 plataforma informática, a la cual se le han ido adicionado nuevas funcionalidades, a fin de responder a la ley antes mencionada, la que en su artículo 31 establece que el deber del Servicio es crear y administrar un sistema integrado de información. Dicho sistema 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 recibe, además 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. Es por ello que los colaboradores acreditados deberán ingresar la información requerida al Sistema de Información del Servicio, incluyendo las acciones realizadas en el marco de lo solicitado por el Sistema Integrado de Monitoreo (SIM).



X. REFERENCIAS

Amar, J. Abello, R. y Tirado, D. (2014). *Desarrollo infantil y construcción del mundo social*. Barranquilla. Editorial Universidad del Norte.

Anda, R., Felitti, V, Bremner, J., Walker, J., Whitfield, C. y Perry, B. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174–186.

Bailey, C., Klas, A., Cox, R., Bergmeier, H., Avery, J. y Skouteris, H. (2019). Revisión sistemática de modelos de atención informados sobre el trauma en toda la organización en entornos de atención fuera del hogar (Oo HC). *Atención sanitaria y social en la comunidad*, 27 (3), e10-e22. <https://doi.org/10.1111/hsc.12621>

Blanco, M. (2011). “El Enfoque del Curso de Vida: Orígenes y Desarrollo”. *Revista Latinoamericana de Población (en línea)*.201, 5 (enero a junio). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3238/323827304003.pdf>

Biblioteca del Congreso Nacional, Ley 21.430 (2022). *Sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la niñez y adolescencia*. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1173643>

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2021). Ley N° 21.302. *Crea el Servicio Nacional de Protección Especializada y modifica normas legales que indica*. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1154203&idParte=10190469&idVersion=2222-02-02>

Bravo, A. y Fernández del Valle, J. (2009). Crisis y Revisión del Acogimiento Residencial. Su papel en la protección Infantil. *Papeles del Psicólogo*. 30 (1) 42-52.

Bravo, A., Águila-Otero, A., Pérez-García, S., & Del Valle, J. F. (2021). Acogimiento residencial terapéutico en España.

Burns, A & Emond, R. (2023) *Everyday Care: What Helps Adults Help Children in Residential Childcare?* (3) p.1301-1306. Enlace: <https://doi.org/10.3390/youth3040082>

Cardona, J. y Campos, J. (2018). La dimensión relacional del trabajo social: una perspectiva colaborativa. *Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*, 214, 29-43.

Cohen, J., & Mannarino, A. (2017). Evidence based intervention: Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families. In D. M. Teti (Ed.), *Parenting and family processes in child maltreatment and intervention* p.91–105. https://doi.org/10.1007/978-3-319-40920-7_6



Consejo Nacional de la Infancia. (2016). Política Nacional de Niñez y Adolescencia (2016). Sistema Integral de Garantías de Derechos de La Niñez y Adolescencia. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Recuperado de: <http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/Politica-Nacional-de-Nin%CC%83ez-y-Adolescencia.pdf>

De Vera Encinas, A. (2022). Trabajo social informado por el trauma.

Di Lorio, J. y Seidmann, S. (2012). ¿Por qué encerrados? Saberes y prácticas de niños y niñas institucionalizados. Revista Teoría y crítica de la psicología 2, 86–102 (2012). ISSN: 2116-3480. Universidad de Buenos Aires.

Felitti, V. (2002). The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead. The Permanente journal, 6(1), 44–47

Gómez, E. (2013). Trauma relacional temprano. Hijos de personas afectadas por traumatización de origen político. Ediciones Universidad Alberto Hurtado. Chile.

Holden, M., Turnbull, A., Holeden, J., Heresniak, R. Ruberty, M. & Saville, E. (2020). Therapeutic Crisis Intervention. Manual para el estudiante, Cornell University.

Holden, M. (2023). CARE Model: Creating Conditions for Change, Third Edition (SPANISH), The Child Welfare League of America. Cornell University.

Levenson, J. (2017). Trauma-Informed Social Work Practice. Revista Social Work , 62 (2) 105–113. Recuperado de: <https://academic.oup.com/sw/article/62/2/105/2937786>

Marchant, M. (2015). El libro de vida: un lugar para la memoria. Editorial Alberto Hurtado.
McCrary, E. y Viding, E. (2015). La teoría de la vulnerabilidad latente: reconceptualizando el vínculo entre el maltrato infantil y el trastorno psiquiátrico. Desarrollo y psicopatología, 27 (2), 493-505.

Ministerio de Desarrollo Social y UNICEF. (2017). Resultados 3ª Encuesta Longitudinal de Primera Infancia ELPI 2017. Disponible en: http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/ELPI-PRES_Resultados_2017.pdf

Ministerio de Desarrollo Social. (2015). ¿Qué es Chile Crece Contigo? Recuperado de: <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/que-es-Chile-Crece-2015.pdf>

Mitchell, J. Tucci, J. & Tronick, E. (2020). The Handbook of Therapeutic Care for Children. Published by Jessica Kingsley Publishers and Philadelphia, PA 19106, USA.

Morales, C. (2019). *Separación y revinculación familiar: el lugar de los vínculos en residencias de protección* (Doctoral dissertation, Programa de Estudios Interdisciplinarios en Infancias, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile).



Moretti, M. y Torrecilla, N. (2019). Desarrollo en las infancias institucionalizadas y en familias de acogida temporal: Una revisión bibliográfica Interdisciplinaria, vol. 36, núm. 2, pp. 263-281, 2019. Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/180/18060566017/html/>

Munisamy, Y., & Elze, D. E. (2020). Trauma-informed social work practice with children and youth. *Mental health and social work*, 283-310.

Organización de Naciones Unidas, ONU. (2011). Comité de los Derechos del Niño. Observación general N° 13. Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia. Recuperado de: <https://plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2018/09/observacion-general-13-derecho-nino-no-ser-objeto-ninguna-forma-de-violencia-2011.pdf>

Organización de Naciones Unidas (2010). Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños. Recuperado de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2010/8064.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2010/8064>

Res-64-142.es.pdf. Fecha de Organización de Naciones Unidas (2005). Observación General No. 7, Realización de los derechos del niño en la primera infancia. Comité de los Derechos Niño, 40º período de sesiones de 2005, U.N. Doc. CRC/C/GC/7/Rev.1

Regalado, J. (2022). El trabajo social clínico es legítimo. Letrame Grupo Editorial, segunda impresión.

RELAF (2015). Acogimiento Familiar. Guía de estándares para las prácticas. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/278379566/Acogimiento-familiar-Guia-de-estandares-para-las-practicas-pdf>

Save The Children. (2013). Reaching for home: Global learning on family reintegration in low and lower-middle income countries. Recuperado de: <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/reaching-home-global-learning-family-reintegration-low-and-lower-middle-income-countries/>

SAMHSA´s (2014). Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Recuperado de: https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf

Sepúlveda, L. (2010). Las trayectorias de vida y el análisis de curso de vida como fuentes de conocimiento y orientación de políticas sociales”. *Revista Perspectivas* (21) p. 72-53. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8229410>

Sheinberg, M. & Fraenkel, P. (2001). *The Relational Trauma of Incest; A family-based Approach to Treatment*. The Guilford Press. USA.

Sheinberg, M. & True, F. (2008). Treating Family Relational Trauma: A Recursive Process Using a Decision Dialogue. *Family process*. 47. 173-95. 10.1111/j.1545-5300.2008.00247.x.

Stern, (2004). *El Momento Presente en Psicoterapia y en la Vida Cotidiana*. Editorial Norton.



UNICEF. (2014). Observaciones generales del Comité de los Derechos del Niño. Ediciones UNICEF. Recuperado de: <http://oped.educacion.uc.cl/website/images/disponibles/UNICEF-ObservacionesGeneralesComiteDerechosNino.pdf>

UNICEF (2022): Guía metodológica para garantizar mecanismos y procesos de levantamiento de opinión y participación efectiva de niños, niñas y adolescentes, Recuperado de: <https://www.unicef.org/chile/media/7051/file/metodologia.pdf>

UNICEF (2024). Propuesta de Ajuste al Diseño de las Orientaciones Técnicas vigentes De Programas de Residencia Familiar de Adolescencia Temprana y Residencia Familiar para Adolescentes. Centro de Estudios Justicia y Sociedad, Pontificia Universidad Católica de Chile, UNICEF. s/p

Van der Kolk, B. (2015). El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma. Editorial Eleftheria, Barcelona, España.

Vega-Arce, M., & Nuñez-Ulloa, G. (2017). Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. Enfermería universitaria, 14(2), 124-130. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.004>

Verdugo, M., et al. (2021). Escala SIS-C de Evaluación de las Necesidades de Apoyo para niños y adolescentes con discapacidades intelectuales y del desarrollo.

White, M. & Epston, D. (1993). Medios Narrativos para fines Terapéuticos. Ed. Gedisa. España.

White, M. (2016). Mapas de la práctica narrativa. Santiago, Chile: PRANAS Ediciones.

Whittaker, J., Holmes, L., Del Valle, J, Ainsworth, F., Andreassen, T., Anglin, J., y Zeira, A. (2017). Atención residencial terapéutica para niños y jóvenes: declaración de consenso del Grupo de Trabajo Internacional sobre Atención Residencial Terapéutica. Psicothema, 29 (3), 289-298. Recuperado de: <https://www.psycothema.com/pdf/4396.pdf>.



XI. ANEXOS

Anexo N° 1 Formato de Seguimiento de aprendizajes para la correulación

Anexo N° 2 Formato de Informe de Avance

Anexo N° 3 Formato de Informe de Egreso

ANEXO N° 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO DE APRENDIZAJE PARA LA CORREGULACIÓN¹¹

Nombre del niño o niña: _____

Aspectos básicos que considerar para la co-regulación: advertencias o preocupaciones ligadas al ámbito médico (problemas físicos y/o medicación), historia de abuso sexual, diagnóstico y tratamiento de salud mental, consumo de sustancias, entre otros:

A consignar: en este apartado se deben recopilar antecedentes relevantes de manejar del niño o niña que aporten en el aprendizaje para el manejo de su co-regulación, las que pueden ser brindadas por la familia, otros actores relevantes de su entorno comunitario, intersector, otros/as profesionales que puedan aportar datos de su historia.

Detonantes potenciales que se conocen en la interacción cotidiana con el niño o niña: ámbitos que le generan estrés, como pueden ser gatillantes personales, familiares, sociales, entre otros:

A consignar: situaciones que le provocan estrés en el funcionamiento cotidiano y que podrían contribuir a un aumento de la ansiedad y del comportamiento basado en el dolor, como:

Gatillantes personales: Fracasos escolares, presión académica, fechas relevantes (día de la madre, padre, fiestas patrias, fiestas de fin de año), efemérides (fechas de celebración de cumpleaños, fechas de hitos familiares, etc.), que le desafíen por lucha de poder con adultos/as.

Gatillantes familiares: Que se le consulte o recuerde sobre miembros de la familia con la cual ha tenido un quiebre, incumplimientos de compromisos por parte de algún familiar, entre otros.

Gatillantes sociales: Dificultad en interacciones o relaciones con pares, situaciones de acoso (burlas, bullying hacia él/ella), falta de sentido de pertenencia con otros niños/as.

Agregar en este ámbito la importancia que tiene la información que puedan proporcionar el niño o niña y su familia, a través de preguntas como: ¿Qué cosas le molestan? ¿Qué le ayuda a calmarse cuando está ansioso/a? ¿Cómo podemos ayudarlo a manejar el estrés?

Riesgo de escalamiento observados en la interacción cotidiana traducidos en comportamientos como pegar, morder, autolesionarse, tirar objetos, romper objetos, gritar, pelear, entre otros:

A consignar: situaciones en que se observen actitudes más violentas debido a situaciones estresores, las que pueden ser atentando hacia otros/as, objetos, o hacia sí mismo/a

Intervenciones específicas realizadas ante la aparición de comportamientos basados en el dolor:

- **Detonante:** mencionar acciones realizadas ante situaciones en que se observan como posibles gatillantes. Por ejemplo: Si se frustra con las tareas escolares, ofrecer ayuda para que vuelva a su foco y elogiarlo por los pequeños pasos que da en el proceso de su tarea.
- **Conducta:** mencionar la conducta de riesgo del niño o niña, así como el actuar del/la cuidador/a terapéutico para atenuar la escalada. Por ejemplo: Si el niño o niña empieza a amenazar a los



demás o a lanzar objetos, validar sus sentimientos (“veo que estás enojado/a”) y ofrecerle hablar o a dar un paseo.

- **Acciones del equipo:** *mencionar el despliegue necesario del resto del equipo ante la intervención. Por ejemplo: Si parece que el niño o niña, a pesar de ofrecérsele otro espacio para conversar, se sigue agitando y está a punto de golpear o empujar a un compañero/a, los miembros del equipo pueden retirar los/las demás niños/as de la habitación. El equipo debe velar por brindarle espacio personal, evitar cualquier movimiento brusco y comportamiento no verbal amenazante.*
- **Quién intervino, qué hizo:** *Miembro del Equipo Asignado a cargo de intervenir en la situación y acciones realizadas.*
- **Resultados:** *mencionar efectos en el niño o niña a partir de la ejecución de las estrategias aplicadas. Por ejemplo: el niño o niña logra calmarse luego de tener su espacio acompañado del cuidador/a terapéutico y retorna a sus actividades cotidianas.*

Estrategias de intervención que han sido efectivas ante la aparición de comportamientos basados en el dolor (análisis del Equipo Asignado):

Consignar aquellas estrategias óptimas con el niño o niña, tras situaciones de comportamiento basados en el dolor, que deben revisarse en instancias de reuniones de equipo y espacios de supervisión. Lo esperable es que se registren las respuestas de intervención brindadas al niño o niña y las reflexiones de éstas en torno a lo revisado en equipo, siendo éstas una oportunidad positiva de aprendizaje para mejorar la capacidad del Equipo Asignado para prevenir situaciones de escalamiento.

Espacio de reflexión conjunta con el niño o niña (espacios de aprendizaje): aprendizajes del cuidador/a terapéutico, del niño o niña, respecto de los detonantes, conductas ante aquello, resultados efectivos, otras posibilidades de éxito, y alternativas de como poder regularse en el futuro.

Consignar reflexiones emanadas de sesión especial o encuentro a realizar con el niño o niña posterior a la situación de desajuste, a modo de poder explorar análisis posteriores, aprendizajes conjuntos del cuidador/a terapéutico y el niño o niña.

Contactos de emergencia (referente de salud, padres o familiares, cuidador/a terapéutico o profesional con el que tiene vinculación, etc.):

Fecha de elaboración inicial: ¿Por quién?

Fecha de eventos ocurridos: Encargado del registro

^[1] Documento construido por la Unidad de Diseño del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y la Adolescencia (2024) en base a los aportes del instrumento: “Individual crisis support plan (ICSP)”, elaborado por Martha J. Holden, Con los instructores de TCI Residential Child Care Project, Facultad de Ecología Humana, Cornell University. Este documento tiene el propósito de que el equipo residencial pueda acompañar adecuadamente a los niños y niñas, especialmente cuando presenten “comportamientos basados en el dolor” (Holden, 2023), ayudándoles a su regulación.



ANEXO N° 2

FORMATO DE INFORME DE AVANCE DEL PLAN DE INTERVENCIÓN UNIFICADO

I. IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE				
Nombres y apellidos				
Fecha de nacimiento		Edad		Cédula de Identidad
Nacionalidad				
Escolaridad		Establecimiento		
Fecha de ingreso a la modalidad				Motivo de la derivación
RIT		Tribunal derivante		N° de informes de avance remitidos
OLN derivante		Folio derivación		
Domicilio actual				

IDENTIFICACIÓN DEL/LOS ADULTO/S DE LA FAMILIA QUE PARTICIPA EN LA INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA (agregar cuadro de identificación para cada uno de los adultos que participan en la intervención)				
Nombre y apellidos				
Fecha de nacimiento		Nacionalidad		Escolaridad
Cédula de Identidad /Pasaporte				Relación con NNA
Actividad				
Domicilio			Teléfono	

II. ACTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE DESDE LAS DIMENSIONES DEL DIAGNÓSTICO (argumentar cada dimensión en base a todas las variables, señalando claramente la evolución de estas – se mantiene, avance o retroceso)

Dimensiones	1° Informe	2° Informe	3° Informe	4° Informe
Situación de violencia				
Situación del niño, niña o adolescente				
Capacidades de cuidado de la familia o del adulto a cargo				
Características del entorno o contexto socio comunitario				

III. ESTADO DE AVANCE DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PII U (debe fundamentar en base a la evaluación del PII U, respecto de las variables de la matriz)

Ámbito: Niños, niñas o adolescentes	1° Informe	2° Informe	3° Informe	4° Informe
Objetivo 1:				
Objetivo 2				



Objetivo 3 +				
--------------	--	--	--	--

Ámbito: Familiar	1° Informe	2° Informe	3° Informe	4° Informe
Objetivo 1:				
Objetivo 2:				
Objetivo 3 +				

Ámbito: Comunitario/Redes	1° Informe	2° Informe	3° Informe	4° Informe
Objetivo 1:				
Objetivo 2:				
Objetivo 3 +				

IV. CONCLUSIÓN

En base a lo informado se concluye que la situación de desprotección (ha disminuido, se mantiene o se ha intensificado, por lo cual se modificó o mantuvo el Plan de Intervención Individual Unificado) y se solicita la permanencia del niño, niña o adolescente en el Programa.

Fecha del informe:

Identificación y firma de los/las profesionales informantes:



ANEXO N° 3

FORMATO DE INFORME DE EGRESO

Identificación programa

Nombre Proyecto	
Organismo Colaborador	
Región	
Nombres profesionales de Equipo Integrado responsable	
Nombres otros participantes (si corresponde)	
Fecha última evaluación del PII U	
Fecha elaboración informe de avance	

I. IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE Y DEL ADULTO/A A CARGO DE SU CUIDADO

IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE					
Nombres y apellidos					
Fecha de Nacimiento		Edad		Cédula de identidad	
Nacionalidad					
Escolaridad		Establecimiento			
Fecha de Ingreso a la modalidad				Motivo de derivación	
RIT		Tribunal derivante		N° de informes de avance remitidos.	
Domicilio actual					

IDENTIFICACIÓN DEL ADULTO A CARGO DEL CUIDADO QUE PARTICIPÓ EN LA INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA					
Nombre y apellidos					
Fecha de nacimiento		Nacionalidad		Escolaridad	
Cédula de Identidad /Pasaporte			Relación con NNA		
Actividad					
Domicilio				Teléfono	

II. PRINCIPALES RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN DE LOS PROGRAMAS

Refiere a los cambios respecto del diagnóstico elaborado por el Programa de Diagnóstico Clínico Especializado (DCE) en las cuatro dimensiones evaluadas al ingreso: situación de violencia, situación del niño, niña o adolescente, situación de la familia y situación del contexto.

Dimensiones	Al ingreso (DCE)	Al egreso
Situación de violencia		<ul style="list-style-type: none">Interrupción o no de la situación de violencia que informó el DCE.



		Factores de riesgo de recurrencia de la violencia abordados en la intervención con el niño, niña o adolescente, la familia y en el contexto. y sus resultados. Factores protectores de la violencia desarrollados por el niño, niña o adolescente, la familia y en el contexto.
Situación del niño, niña o adolescente		<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción de necesidades en el contexto familiar de egreso. • Superación del impacto biopsicosocial de la violencia. • Superación del impacto de la separación familiar en niños, niñas y adolescentes ingresados/as a cuidado alternativo. • Habilidades de la vida diaria desarrolladas por adolescentes.
Situación de la familia		<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción de necesidades del niño, niña o adolescente al egreso. • Se logró o no alianza terapéutica con el adulto. • Reunificación con la familia de origen. • Restitución del derecho a vivir en familia a través de otra alternativa de cuidado familiar. • Niño, niña o adolescente mantiene vínculo con la familia, aunque no hubo reunificación familiar.
Situación del contexto		<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la brecha de prestaciones intersectoriales al niño, niña o adolescente. Cuáles se activaron y cuáles recibe. • En adolescentes, se activaron o no prestaciones para el tránsito a la vida adulta. • Disminución de la brecha de prestaciones intersectoriales a la familia. Cuáles se activaron y cuáles recibe. • Aumento de redes comunitarias informales del niño, niña o adolescente. Cuáles. • Aumento de redes comunitarias informales de la familia. Cuáles. • Aumento de redes comunitarias formales del niño, niña o adolescente. Cuáles. • Aumento de redes comunitarias formales de la familia. Cuáles.

III. SUGERENCIA TÉCNICA DE EGRESO (desplegable con causales de egreso en plataforma informática del Servicio)

Motivo de solicitud de egreso	Causales de egreso del Servicio, (registro obligatorio, marcar sólo una causal)

IV. CONCLUSIÓN

Fundamentar brevemente, en base a lo informado, la solicitud de egreso del niño, niña o adolescente del Programa.



- 2°. **PUBLÍQUESE** la Base Técnica de residencias de tipo familiar por curso de vida, programa de acogimiento residencial terapéutico para segunda infancia ejecutado por equipos de colaboradores acreditados, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.

ANÓTESE Y ARCHÍVESE

Distribución:

- Dirección Nacional.
- Direcciones Regionales.
- División de Servicios y Prestaciones.
- Fiscalía.
- Oficina de Partes.

