Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia

Ministerio de Desarrollo Social y Familia

REF.: APRUEBA LA BASE TÉCNICA DEL "PROGRAMA TERAPEUTICO ESPECIALIZADO", EJECUTADO POR EQUIPOS DE COLABORADORES ACREDITADOS DEL SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, DE LA LÍNEA DE ACCIÓN "INTERVENCIONES AMBULATORIAS DE REPARACIÓN" Y SUS ANEXOS.

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 01189/2026

SANTIAGO, jueves, 22 de octubre de 2026

VISTO:

Lo dispuesto en el decreto con fuerza de ley Nº 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 lo establecido en el artículo 79 y siguientes del decreto con fuerza de ley Nº 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley Nº 18.834, sobre Estatuto Administrativo; en el decreto exento N°3, de 2022, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia - Subsecretaría de la Niñez, que establece nuevo orden de subrogancia para el cargo de director nacional del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia; en la resolución exenta RA N°215067/63/2025, que nombra en cargo de alta dirección pública a don Gherman Welsch Chahuán, en calidad de titular, en el cargo de Jefe de División de la planta de directivos de esta repartición; 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. 36, de 2024, 08, de 2025; y 3 y 14, ambas de 2026, todas 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 "Intervenciones Ambulatorias de Reparación".

4. Que, el artículo 9° del Decreto Supremo N°7, de 30 de junio de 2022, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, -Subsecretaría de la Niñez- que aprueba el 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, señala que el **"programa terapéutico especializado"** es un: "*Programa que atiende a niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección, con trayectoria en la red de protección especializada del Servicio, presentando múltiples ingresos. En los casos en que los miembros de la familia del niño, niña o adolescente que atiende el programa no se encuentren disponibles para participar de un proceso terapéutico, se deberá buscar a referentes que otorguen un soporte afectivo a él o ella.*

   El modelo de intervención tiene como objetivos interrumpir las vulneraciones de derecho, y las trayectorias de polivictimización, entendidas como la exposición simultánea a distintos tipos de maltrato y violencias a lo largo de la niñez y/o la adolescencia, así como contribuir en el proceso de reparación del trauma complejo producido por múltiples vulneraciones y desarrollar un trabajo de vida independiente cuando se requiera.

   Lo anterior, se realizará a través de terapias especializadas en trauma relacional, para que el niño, niña o adolescente despliegue el máximo sus potencialidades, además de terapia con los referentes adultos para que brinden apoyo afectivo, protección y cuidado."

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 acción "Intervenciones Ambulatorias de Reparación", se ha diseñado la Base Técnica para el "programa terapéutico especializado", el cual está dirigido a la población infanto-juvenil menor de 18 años, con especial énfasis en adolescentes cuyas trayectorias vitales han estado marcadas por experiencias de polivictimización y que se encuentran en situación de desprotección avanzada. Éste se articula de manera complementaria con el Programa de Prevención Focalizada, ejecutándose de forma conjunta. Ambos conforman el Modelo Terapéutico Integrado, implementado por los Colaboradores Acreditados. Asimismo, la ley N°19.968, que Crea los Tribunales de Familia, en el Título IV, Procedimiento Especiales, establece en su Párrafo Primero, el procedimiento judicial de aplicación de las medidas de protección bajo la cual ingresan los participantes (artículos 68 a 80), contemplado también en esta base técnica, que se aprobará a través de este acto administrativo.

8. 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.

9. Que, el artículo 23 de la ley N°21.302 plantea que los programas de la línea de acción de "intervenciones ambulatorias de reparación" se ejecutan de manera complementaria con los programas de la línea de acción de "fortalecimiento y vinculación" que, para efectos del presente programa, recae en el "programa de prevención focalizada", cuyo objetivo es "el fortalecimiento de las potencialidades en el niño, niña o adolescente que es sujeto de atención del Servicio, de sus hermanos, si existiesen, y de su familia, cuidadores u otros adultos significativos, con el fin de lograr en ellos el desarrollo de habilidades y factores protectores que posibiliten su protección integral en el ambiente en el que se desarrollan, evitando la cronificación de las vulneraciones sufridas o su revictimización. Asimismo, incluye el fortalecimiento de las redes de apoyo y el entorno que rodea al niño, niña o adolescente y a su familia mediante el trabajo intersectorial."

10. Que, esta normativa técnica se consultó a las organizaciones de la sociedad civil, a objeto de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 9° transitorio de la ley N°21.302. llevándose a cabo jornadas técnicas en el mes de febrero del año 2024. Los participantes fueron equipos y directivos de Colaboradores Acreditados que ejecutan Programas de Intervención Integral -PIE-tradicional, Programa de Intervención Integral -PIE 24 Horas, Programas Especializados con niños, niñas y/o adolescentes en Situación de Calle -PEC- y Programa Especializado en Explotación Sexual Comercio Infantil y Adolescente -PEE. La Jornada Técnica se desarrolló en conjunto con las unidades nacionales y regionales de Gestión y Evaluación de Colaboradores de la Dirección Nacional de este Servicio.

11. Que, en sesión ordinaria N° 05, de fecha 29 de mayo de 2026, del Consejo de Expertos, se les informó por parte de este Servicio, que los nuevos programas de intervención "Programas de Intervenciones Reparatorias" – "Programa Terapéutico Especializado" se les enviarían para su análisis y recomendaciones, con la finalidad de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 9° letra d) de la ley N° 21.302, que señala que una de las funciones de dicho Consejo es asesorar al Servicio en la elaboración de la normativa técnica de cada programa de protección especializada, asegurándose que contengan una descripción clara y específica de las distintas prestaciones que han de entregarse a los niños, niñas y adolescentes y a sus familias en cada uno de ellos, la duración mínima que deban tener para ser efectivas, los elementos técnicos, pruebas y métodos que han de emplearse, y la cualificación que han de tener quienes las ejecuten. Al respecto, es pertinente indicar que este Servicio, con fecha 02 de junio de 2026, remitió dicha documentación técnica al Consejo de Expertos, quienes, con fecha 29 de julio de 2026 elaboraron un Informe referido a la Revisión Técnica, Normativa y de Implementación de las Bases Técnicas del Modelo Terapéutico Integrado, con Propuestas de Acción, las que se

agregaron a estas bases técnicas.

12. Que, en atención a lo antes expuesto, resulta procedente aprobar mediante el presente acto administrativo el texto de la Base Técnica del “Programa Terapéutico Especializado” ejecutado por equipos de colaboradores acreditados, de la línea de acción “Intervenciones Ambulatorias de Reparación”.

RESUELVO:

1° APRUÉBASE la Base Técnica del “Programa Terapéutico Especializado” ejecutado por equipos de colaboradores acreditados, de la línea de acción “Intervenciones Ambulatorias de Reparación”, cuyo texto íntegro y fiel es el siguiente:

BASE TÉCNICA

PROGRAMA TERAPÉUTICO ESPECIALIZADO

LINEA DE ACCIÓN

INTERVENCIONES AMBULATORIAS DE REPARACIÓN

Octubre de 2026

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

II. DEFINICIÓN DEL MODELO TERAPÉUTICO INTEGRADO

III. CONCEPTUALIZACIÓN

3.1. La Polivictimización como marco de comprensión de las trayectorias de victimización y el trauma complejo para abordar sus consecuencias

Victimología del Desarrollo y Polivictimización

Trauma Complejo desde una mirada relacional

3.2. Familias en contextos de alta exigencia y trauma Intergeneracional

Familias en contextos de alta exigencia

Trauma intergeneracional

3.3. La reparación como proceso integral y multi dominios

IV. PARTICIPANTES DEL MODELO

Adolescencia y su comprensión desde el enfoque de curso de vida

V. RUTA DE INGRESO

VI. ÁMBITOS DE ACCIÓN

6.1.. OBJETIVOS

Objetivo General del Modelo Terapéutico Integrado:

Objetivos Específicos:

6.2. MARCO TÉCNICO TRANSVERSAL DEL MODELO

Acompañamiento Terapéutico:

Acompañamiento Terapéutico a Adolescentes con trayectorias de polivictimización

Enfoque informado por el Trauma

Mirada Rizomática

Promoción de equipos reflexivos

6.3. COMPONENTES

6.3.1. Componente Entornos Seguros

6.3.2. Componente Abordaje de trayectorias de polivictimización

6.3.3. Componente Fomento de Prácticas de Cuidado

6.3.4 Componente Articulación Intersectorial y Comunitaria

6.4. ESTRATEGIA A NIVEL DE EQUIPO DEL MODELO PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ETAPAS

6.5. ETAPAS DEL PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO DEL MODELO TERAPÉUTICO INTEGRADO

Etapa 1: Ingreso y Acogida

Etapa 2: Ajuste del Plan De Intervención Individual-PII- al Plan de Intervención Individual Unificado -PII-U

Etapa 3: Ejecución Modular

-Análisis Territorial y Contextual

-Gestión operativa Intersectorial

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

6.5.4. Etapa 4: Sostenibilidad de los Cambios

6.5.5 Etapa 5: Cierre y Egreso

6.6.. MATRIZ LÓGICA

VII. RECURSOS

7.1.. GESTIÓN DE PERSONAS

7.2. INFRAESTRUCTURA

VIII. SISTEMA DE REGISTRO

IX. REFERENCIAS

ANEXOS

ANEXO N° 1 “PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PII-U EN PROYECTOS AMBULATORIOS QUE NO CUENTAN CON EVALUACIÓN PREVIA DEL PROGRAMA DCE”

ANEXO N°2 “INFORMES DE AVANCE”

ANEXO N° 3 FORMATO “INFORME DE EGRESO”

I. INTRODUCCIÓN

La presente Base Técnica[1], **corresponde al Programa Terapéutico Especializado, dirigido a la población infanto-juvenil menor de 18 años, con especial énfasis en adolescentes cuyas trayectorias vitales han estado marcadas por experiencias de polivictimización y que se encuentran en situación de desprotección avanzada**. Éste **se articula de manera complementaria con el Programa de Prevención Focalizada**, ejecutándose de forma conjunta. Ambos conforman el **Modelo Terapéutico Integrado**, implementado por los Colaboradores Acreditados.

Si bien el modelo está diseñado para atender a personas menores de 18 años, es probable que, considerando las trayectorias caracterizadas por múltiples victimizaciones, el acompañamiento se concentre principalmente en la etapa de la adolescencia. Por esta razón, a lo largo del presente documento se hará referencia sobre todo a adolescentes, lo cual no implica en ningún caso excluir el trabajo con niños y niñas de otras edades que cumplan con los criterios de ingreso al Modelo.

De acuerdo con la Ley N° 21.302 que crea el Servicio Nacional de Protección a la Niñez y Adolescencia[2], en su artículo 18 el Programa se sitúa dentro de la línea de acción "Intervenciones Ambulatorias de Reparación", complementándose con el Programa Prevención Focalizada, perteneciente a la línea de acción "Fortalecimiento y Vinculación", ambos integrados en el Modelo Terapéutico.

Asimismo, el artículo 9° del Decreto Supremo N°7, de 30 de junio de 2022, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, -Subsecretaría de la Niñez- que aprueba el 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, se refiere al Programa Terapéutico Especializado indicando que se trata de un *"(…) Programa que atiende a niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección, con trayectoria en la red de protección especializada del Servicio, presentando múltiples ingresos. En los casos en que los miembros de la familia del niño, niña o adolescente que atiende el programa no se encuentren disponibles para participar de un proceso terapéutico, se deberá buscar a referentes que otorguen un soporte afectivo a él o ella.*

El modelo de intervención tiene como objetivos interrumpir las vulneraciones de derecho, y las trayectorias de polivictimización, entendida como la experiencia de múltiples formas de victimización a lo largo de la trayectoria vital, así como contribuir en el proceso de reparación del trauma complejo producido por múltiples vulneraciones y desarrollar un trabajo de vida independiente cuando se requiera. Lo anterior, se realizará a través de terapias especializadas en trauma relacional, para que el niño, niña o adolescente despliegue el máximo sus potencialidades, además de terapia con los referentes adultos para que brinden apoyo afectivo, protección y cuidado. Asimismo, la Ley N°19.968 establece el procedimiento judicial de las medidas de protección bajo la cual ingresan los participantes (artículos 68 a 80), contemplado también en esta Base Técnica.

El Programa se enmarca en la transformación de la oferta de protección especializada a la niñez y adolescencia, el cual materializa un cambio cultural y paradigmático que transita desde una mirada unidireccional, hacia una perspectiva de cuatro dimensiones, dejando atrás el concepto de la complejidad, para transitar a la noción de la desprotección, expresado en un continuo protección - desprotección. Releva a su vez, lo terapéutico, expandiéndolo a la cotidianidad y a los territorios donde se desenvuelven los niños, niñas, adolescentes y sus familias.

La finalidad del Programa Terapéutico Especializado es **interrumpir y reparar situaciones de desprotección avanzada, caracterizadas por trayectorias prolongadas con episodios de victimización múltiple**. Este fenómeno que como ya se ha señalado, ha sido denominado como **polivictimización** (Finkelhor, 2007), entendida como la experiencia de sufrir diversas formas de violencia de manera simultánea en la trayectoria vital. La modalidad busca una reparación integral mediante procesos de acompañamiento terapéuticos y el fortalecimiento de recursos individuales, familiares y sociales, evitando que sus efectos se perpetúen en la adultez y afecten negativamente distintos ámbitos de la vida.

El Programa se sustenta en cuatro componentes centrales: **Entornos Seguros, Abordaje de Trayectorias de Polivictimización, Fomento de Prácticas de Cuidado y Articulación Intersectorial y Comunitaria**. Su innovación radica en la **organización modular del trabajo**, que ofrece distintos módulos de participación para niños, niñas, adolescentes y sus familias, ajustándose a sus necesidades, intereses y contextos. Esta estrategia promueve la construcción participativa de un camino personalizado de acompañamiento, ofreciendo un abanico de alternativas de apoyo a cada participante, motivando una construcción activa de su proceso terapéutico, el cual sintoniza con sus necesidades, intereses, trayectorias personales y familiares, como también a las características de su contexto territorial.

El equipo del Programa Terapéutico Especializado está integrado por un **director/a, terapeutas especializados, tutores terapéuticos, personal de apoyo transversal y un promotor/a de equipos reflexivos**, según las necesidades de los participantes. Dichos integrantes, junto al equipo del Programa Prevención Focalizada (gestor/a educativo/a y gestor/a ocupacional), conforman el **Equipo Integrado**. En este marco, el **Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U)** se constituye como el eje articulador del trabajo, ya que es elaborado y ejecutado de manera conjunta con los niños, niñas o adolescentes y sus familias, garantizando coherencia, coordinación y continuidad en los procesos de acompañamiento.

Para la construcción del **Modelo Terapéutico Integrado** se revisaron estudios nacionales e internacionales sobre acompañamiento terapéutico en contextos de desprotección avanzada, así como literatura y evidencia en el abordaje de la polivictimización y trauma, enfoques terapéuticos, especialmente centrados en adolescentes y familias, trauma complejo y perspectiva de fortalecimiento de recursos.

Asimismo, se realiza un levantamiento de las experiencias de la sociedad civil que ejecuta Programas del Servicio, a través intercambios en terreno con equipos que trabajan en Programas Especializados con Niños, Niñas y/o Adolescentes en Situación de Calle-PEC y Programa de Intervención Integral Especializada- PIE que son parte del Circuito 24 Horas, también, se llevó a cabo una Jornada Técnica con Colaboradores Acreditados de la red ambulatoria del Servicio (2024)[3], sesiones de trabajo con expertos vinculados con la temática inimputables agrupados en el denominado Grupo Asesor 18 Ter[4]; además, se realizaron entrevistas con supervisores y supervisoras técnicas del Servicio[5] y Jornadas Técnicas de Levantamiento de Insumos para el Diseño[6]. Estos generosos aportes y prácticas enriquecieron la construcción de un modelo pertinente a las necesidades de los niños, niñas, adolescentes y familias participantes.

Es importante señalar que, a objeto de dar cumplimiento a lo dispuesto en el decreto supremo N°5, de 2021, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia -Subsecretaría de la Niñez- que aprobó el reglamento que fija estándares para los programas del Servicio, esta base técnica considera dentro de su elaboración, los estándares mínimos para la ejecución de los programas, los que se despliegan dentro del presente documento.

Finalmente, esta Base Técnica está dirigida a los **equipos de Colaboradores Acreditados**, responsables de ejecutar el Modelo Terapéutico Integrado, quienes deberán considerar estas orientaciones para diseñar y ajustar sus proyectos según las particularidades territoriales. También constituye un referente para equipos regionales y nacionales del Servicio, así como para la sociedad civil y organismos comprometidos con el bienestar de la niñez y adolescencia en situación de desprotección.

II. DEFINICIÓN DEL MODELO TERAPÉUTICO INTEGRADO

El diseño de la nueva oferta proteccional, establecido en la Ley que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, tiene como eje central el abordaje de la protección de manera integral, lo que implica considerar a los niños, niñas y adolescentes en sus contextos familiares y territoriales. Esta oferta debe dar respuesta, de forma articulada y no fragmentada, a las diversas situaciones que inciden en sus trayectorias de vida. Asimismo, debe adaptarse a los cambios de los contextos sociales, lo que hace necesario incorporar nuevas denominaciones y modalidades de intervención.

En esta línea, 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: (1) Características de la situación de vulneración; (2) Situación del niño, niña o adolescente; (3) Capacidades y respuesta de los padres/madres o cuidadores y (4) Características contextuales o del entorno, **asumiendo una visión ecosistémica para la evaluación de ingreso a los programas de protección especializada**. De este modo, se ha definido en base a estas dimensiones un continuo protección - desprotección, pudiendo situar a este último en tres niveles: inicial, intermedio o avanzado.

El Programa Terapéutico Especializado, conforme a lo establecido en el mencionado artículo 9° del Reglamento de la Ley N° 20.032, aprobado a través del Decreto Supremo N°7, de 30 de junio de 2022, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, - Subsecretaría de la Niñez- que aprueba el 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, señala que *"atiende a niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección, con trayectorias en la red de protección especializada del Servicio, presentando múltiples ingresos. En los casos en que los miembros de la familia del niño, niña o adolescente que atiende el Programa no se encuentren disponibles para participar de un proceso terapéutico, se deberá buscar a referentes que otorguen un soporte afectivo para él o ella"*.

A partir de ello, la presente Base Técnica ha precisado la definición del Modelo basado en la **desprotección avanzada,** la que se entiende como la **presencia de múltiples victimizaciones que configuran una trayectoria marcada de vulneraciones, en la cual el niño, niña o adolescente se encuentra en una situación evidente de desprotección, manifestándose además daño subjetivo y/u objetivo en su experiencia**. Además, la persona adulta responsable de los cuidados enfrenta serias dificultades para ejercer dichos cuidados, mostrando escasa disponibilidad o incluso un rechazo explícito a participar en la intervención, mientras que los factores contextuales provenientes del intersector y del entorno comunitario resultan limitados, sin constituirse en redes de apoyo efectivas para la familia.

De igual modo, es relevante señalar que el Programa Terapéutico Especializado aborda estas situaciones de desprotección avanzada mediante un trabajo articulado con el Programa Prevención Focalizada, constituyéndose de manera conjunta en el **Modelo Terapéutico Integrado**, el cual se operacionaliza a través de la conformación de un **Equipo Integrado** compuesto por la totalidad del personal de ambos programas.

En cuanto al Programa Prevención Focalizada, el mencionado reglamento en su artículo 11 señala que dicho programa es parte de la Línea de Acción Fortalecimiento y Vinculación, siendo complementario con los programas de Intervenciones Ambulatorias de Reparación. Se expone además que, se propenderá a que su ejecución se realice por el mismo Colaborador Acreditado o por el Servicio en su caso, adoptando las medidas necesarias para evitar la sobre intervención de los niños, niñas y adolescentes, en coherencia con el inciso final del artículo 23 de la Ley N° 21.302.

El equipo específico responsable del proceso de acompañamiento de cada participante del Modelo está conformado por terapeutas especializados del Programa Terapéutico Especializado -de profesión trabajador/a social y psicólogo/a-, designados por el director/a para trabajar directamente con el niño, niña o adolescente y su familia o adulto cuidador, siendo quienes lideran el desarrollo del Plan de Intervención Individual Unificado -PII-U-. No obstante, lo anterior, el equipo de tutores/as terapéuticos -profesionales o técnicos de las ciencias humanas o sociales- y el equipo del Programa Prevención Focalizada, constituido por los gestores/as ocupacional y educativo, contribuyen al cumplimiento de los objetivos de dichos planes.

Los terapeutas especializados son asignados de manera individual y personalizada, con la responsabilidad de sostener el vínculo terapéutico y acompañar el proceso de abordaje de trayectorias de polivictimización y fortalecimiento de prácticas de crianza en co- terapia para trabajar con cada grupo familiar, es decir con el niño, niña y probablemente, en su mayoría adolescentes y sus familias o adultos cuidadores, promoviendo que cuenten con los soportes intersectoriales y comunitarios que requieran. Asimismo, los tutores terapéuticos, lideran las acciones que permiten otorgar un piso de seguridad que es transversal a todo el acompañamiento y apoyar la realización de acciones que abordan factores de riesgo identificados en los Planes de Intervención.

Dichos tutores/as terapéuticos/as junto a los gestores/as del Programa Prevención Focalizada tienen un alcance amplio y colectivo, por tanto, no tendrán “asignación de casos”, aportando en el abordaje de los impactos de las experiencias traumáticas, desde una perspectiva transformadora y de fortalezas, ampliando el horizonte de posibilidades en cuando a ejercicio de derechos de los participantes del Modelo.

Ambos perfiles desarrollan acciones complementarias y coordinadas en el marco del Modelo Terapéutico Integrado, sus funciones presentan énfasis diferenciados. Los terapeutas especializados/as tienen la responsabilidad principal de conducir el proceso terapéutico, sostener el vínculo, liderar la elaboración, seguimiento y evaluación del Plan de Intervención Individual Unificado, y promover procesos de reparación, resignificación de experiencias de vulneración de los y las adolescentes y fortalecimiento de las capacidades protectoras de las familias o adultos responsables. Por su parte, los tutores/as terapéuticos/as centran su accionar en la generación de condiciones de seguridad y soporte cotidiano para los niños, niñas y adolescentes, favoreciendo su participación en espacios comunitarios, formativos y recreativos, acompañando la implementación de estrategias definidas por el equipo y contribuyendo a la reducción de factores de riesgo y al fortalecimiento de factores protectores en los distintos contextos de vida. De este modo, mientras la intervención terapéutica aborda prioritariamente los procesos de reparación y cambio subjetivo y relacional, la acción tutorial facilita experiencias concretas de acompañamiento, inclusión y ejercicio de derechos que favorecen la sostenibilidad de dichos procesos.

El director/a asume un rol de líder técnico del Modelo Terapéutico y un gestor del buen clima laboral para que el equipo integrado desarrolle un trabajo de calidad, siendo también parte de sus tareas, la responsabilidad de la representación de dicho Modelo en el territorio.

Esta integración permite articular apoyos diferenciados y complementarios, garantizando que cada participante cuente con un equipo que combine la atención especializada en lo terapéutico con el fortalecimiento de sus ámbitos ocupacional y educativo.

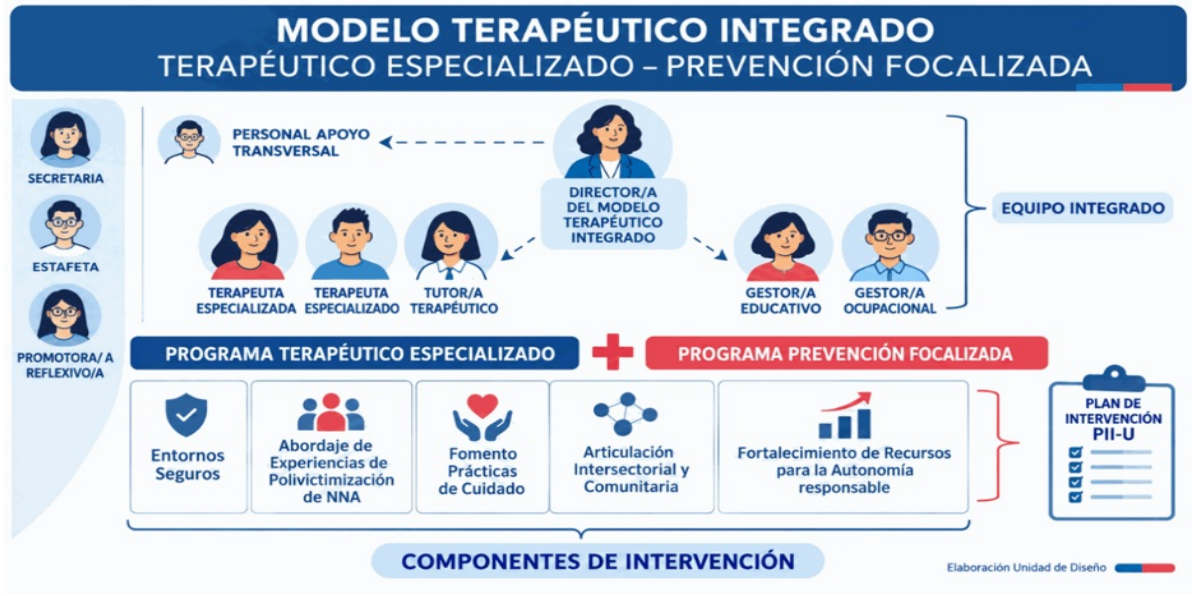
En síntesis, el equipo de profesionales que acompaña el proceso con el niño, niña o adolescente y su familia constituye la base operativa del Modelo Terapéutico Integrado, asegurando que el acompañamiento se despliegue de manera coherente, situada y corresponsable, en favor del desarrollo integral y la construcción de trayectorias vitales libres de violencia y exclusión.

En coherencia con este marco, **el trabajo del equipo se desarrolla sin diferencias jerárquicas, fundamentándose en instancias permanentes de coordinación y colaboración orientadas al cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan de Intervención Individual Unificado,** siendo responsabilidad del director/a del Modelo generar un ambiente laboral propicio y ejercer un liderazgo que asegure dicha gestión, junto con el apoyo del promotor de equipos reflexivos.

El Modelo Terapéutico Integrado se implementa en un espacio físico común, requiriendo asegurar la integralidad y complementariedad del quehacer de ambos programas. De este modo se transita hacia una nueva modalidad de intervención integral, **superando la fragmentación y diferenciación excesiva entre programas que abordan tipologías específicas de victimización**, sin considerar que éstas se superponen y se presentan de forma acumulativa, configurándose en trayectorias que requieren un abordaje multidimensional.

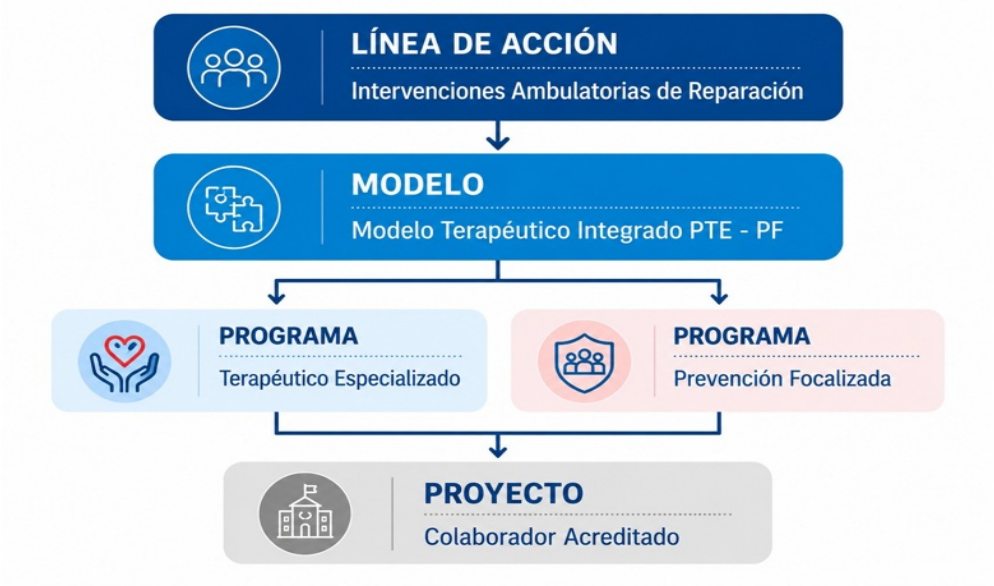
A continuación, se presenta de manera gráfica el Modelo Terapéutico Integrado que incorpora a los programas Terapéutico Especializado y Prevención Focalizada:

Gráfica N°1: Modelo Terapéutico Integrado



A continuación, se presenta de manera gráfica la estructura en la cual se configura el Modelo Terapéutico Integrado:

Gráfica N° 2: Estructura Modelo



III. CONCEPTUALIZACIÓN

En el presente apartado se abordan los conceptos centrales vinculados al quehacer y ejecución del Programa Terapéutico Especializado; en el marco de los objetivos del Servicio, las observaciones del Comité de Derechos del Niño y otros antecedentes relevantes. En este contexto, las definiciones centrales se orientan al desarrollo del enfoque de victimología del desarrollo, la polivictimización, el trauma complejo, las familias en entornos de alta exigencia, el trauma intergeneracional y por último se alude a la reparación multi dominio.

Estos planteamientos técnicos que se expondrán a continuación **proveen de un sustento técnico al Programa**, las cuales tendrán que ser consideradas por los Colaboradores Acreditados que implementen estos proyectos.

3.1. La Polivictimización como marco de comprensión de las trayectorias de victimización y el trauma complejo para abordar sus consecuencias

La noción de **polivictimización** permite comprender las trayectorias de victimización de la niñez y adolescencia, desde su impacto acumulativo en el desarrollo de cada niño, niña y adolescentes. Se advierte que, **ante una mayor cantidad de experiencias de victimización, mayor es el impacto que genera en la vida de ellos y ellas** A consecuencia de lo anterior, emerge el fenómeno del **trauma complejo**, el cual alude a las **profundas implicancias derivadas de esta polivictimización, menoscabando diversos ámbitos de la vida**; tales como la autorregulación emocional, dificultades relacionales, la salud física y mental. La conceptualización de lo que denomina como "Trauma Complejo", entrega un marco muy pertinente para comprender los efectos a nivel cerebral y en las conductas de niños, niñas y adolescentes que han estado expuestos/as a experiencias repetidas y prolongadas de violencia en sus entornos, ejercida especialmente por parte de quienes deberían cuidarlos/as.

Victimología del Desarrollo y Polivictimización

El sociólogo estadounidense David Finkelhor (2007), a partir de sus investigaciones propone la denominación **Victimología del Desarrollo** para señalar que la población infanto juvenil sufre los mismos tipos de victimización que los adultos; pero, considerando el proceso evolutivo en que se éstos se encuentran, existe mayor riesgo a la exposición de otros tipos de victimizaciones, posicionándola en un lugar especialmente vulnerable ante la violencia. De allí, la importancia de buscar marcos comprensivos, preventivos y de intervención específicos para este segmento de la población.

Cuando se refiere a las **victimizaciones**, se comprende a un tipo especial de experiencias negativas que se diferencian de otros eventos vitales, las cuales son definidas por Finkelhor (2007) como "**los daños que sufren las personas debido a que otros actores humanos se comportan de maneras que violan las normas sociales**" (p.10), lo cual tiene un potencial altamente traumático, que lo distingue de otras experiencias negativas como accidentes, duelos, enfermedades o desastres naturales. De este modo, siguiendo al autor, la victimización se asemeja más a una condición que a un evento, al presentarse como un proceso mucho más estable y continuo, en tanto, un evento es más acotado en el tiempo. Es por ello, que esta denominación conceptual aparece como apropiada para el desarrollo del presente Modelo Terapéutico Integrado, al enmarcar las violencias dentro de la dimensión interpersonal.

La niñez y adolescencia son comprendidas, desde la Victimología del Desarrollo, como etapas particularmente vulnerables a situaciones de riesgo por presentar ciertas características, tales como: a) poseer menor tamaño físico, b) dependencia de los adultos e inexperiencia, c) menores estrategias de resolución de conflictos d) mayor permeabilidad a las limitaciones del sistema jurídico y proteccional y e) menor autocontrol, y, por tanto, una mayor participación en actividades de riesgo (Finkelhor, 2011 en Pinto y Venegas, 2015).

Esta situación de especial vulnerabilidad frente a las victimizaciones genera múltiples impactos en el desarrollo infantil y adolescente. Según investigaciones Pinto y Venegas, (2015), **en la primera infancia se evidencian alteraciones en la regulación emocional**; dificultades para establecer un apego seguro y afectaciones en el desarrollo cognitivo. **En la segunda infancia, estas experiencias interfieren en la capacidad de procesar información** en el desarrollo socio- moral y en la regulación de sus conductas. **En la etapa de la adolescencia, se observan bajos niveles de autoestima; con dificultades en el ámbito de habilidades sociales, pudiendo emerger conductas asociadas a la transgresión de normas**.

Con relación a las distinciones por género y edad, se advierte en términos generales, algunos de los **patrones de género que se presentan entre los adultos y se replican en la niñez y adolescencia**. Es decir, los niños o adolescentes, hombres en general, sufren mayor cantidad de victimizaciones que las niñas o adolescentes mujeres, pero en este último grupo prevalecen las agresiones sexuales. Con respecto a la edad, los más pequeños están expuestos en mayor medida a sufrir negligencia y a ser afectados/as por victimizaciones en su entorno familiar. En cambio, los y las adolescentes suelen presentar un porcentaje más alto de victimizaciones y particularmente en el contexto escolar y comunitario (Finkelhor, 2007).

Entre las aportaciones relevantes de la Victimología del Desarrollo, se destaca el reconocimiento que la población infanto-juvenil está más expuesta a experimentar **victimizaciones que incluso pueden superponerse, acentuándose en la adolescencia, al transcurrir un mayor tiempo de vida** Mas aún Finkelhor (2007), advierte que los y las adolescentes "que experimentan múltiples tipos de victimización de diversas fuentes, muestran signos de estar atrapados en un patrón o en una espiral descendente que debería ser la mayor preocupación para quienes intentan ayudarlos" (p.23). Lo anterior, exige dejar atrás las lógicas de tratamiento que aborden de manera fragmentada las situaciones que afectan a la población infanto-juvenil, según tipo de victimización. Esto resulta especialmente relevante en el caso de los y las adolescentes, quienes con frecuencia presentan trayectorias marcadas por múltiples eventos victimizantes y de diversa índole.

Estas trayectorias complejas requieren abordajes y tratamientos integrales, capaces de reconocer la acumulación y superposición de experiencias de violencias a lo largo del desarrollo.

Un marco para comprender las trayectorias de victimización es la **Polivictimización,** de la cual diversas investigaciones han demostrado que las diferentes formas de victimización tienden a coexistir o superponerse, como ya fue señalado, lo cual significa que los niños, niñas y, en mayor medida, adolescentes, "rara vez experimentan un incidente de violencia interpersonal aisladamente, sino que tienden a experimentar más de un tipo de victimización a lo largo de su vida" (Pereda, N. y Segura, A. 2018, p. 6). La evidencia corrobora esta mirada, apuntando a que es necesario visualizar las trayectorias de victimizaciones a las que niños, niñas y adolescentes pueden y han estado expuestos, en lugar de enfocarse en una sola forma de victimización y sus impactos (Pereda, N. y Segura, A. 2018). **Desde esta mirada se comprenden como victimizaciones el maltrato en cualquiera de sus formas por parte de los cuidadores/as, la explotación sexual, las peores formas de trabajo infantil, la permanencia en calle**, **las cuales tienen consecuencias severas en la salud mental, conductas asociadas al consumo abusivo de alcohol y/o drogas y comportamientos transgresores, entre otros.**

En este contexto, se define la **polivictimización** como "**la experiencia de múltiples formas de victimización o violencia interpersonal a lo largo de la niñez y la adolescencia**" (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007, p.7). Para Pereda (2019) estas múltiples experiencias constituyen un riesgo de deterioro psicosocial severo, debido a

que la polivictimización es incluso más dañina que experimentar repetidamente episodios del mismo tipo de victimización (Turner, et. al 2010), ya que tiende a persistir en el tiempo, resultando complejo para los niños, niñas y adolescentes poder revertir esta situación, sino reciben la atención adecuada. Así, experimentar distintos tipos de victimización, como podría ser, violencia en el entorno familiar, explotación sexual y acoso escolar, tiene un mayor impacto en las personas. Más aún, se cuenta con evidencia respecto de que la polivictimización se asocia en adolescentes con sintomatología internalizante y externalizante (Guerra, et al., 2017).

De este modo, los estudios han mostrado que el daño que genera la polivictimización es lineal; es decir, dos victimizaciones son peor que una, tres peor que dos, cuatro son peor que tres, y así sucesivamente, por lo que abordar solo un tipo de victimización sufrida de manera aislada, y no considerar de forma transversal todas aquellas que pueda estar vivenciando, tiende a sobreestimar la vivencia subjetiva, los efectos en la salud mental y, en consecuencia, se subestima la gravedad del sufrimiento derivado de la experiencia de múltiples tipos de victimización (Turner, et al., 2010), ya que tiende a persistir en el tiempo. Al no comprender esta trayectoria de polivictimización, el niño, niña o adolescente corre el riesgo a ser revictimizado generando en él o ella un sentimiento de frustración constante y desconfianza en el mundo adulto.

Lo anteriormente expuesto, es reafirmado por la investigadora española Noemí Pereda (et al., 2021), al invitar a comprender las violencias interpersonales que afectan a la población infanto juvenil desde la perspectiva de la Polivictimización, incluida la **explotación sexual**. Así, desde esta mirada, se estima necesario revisar sus trayectorias de vida, marcadas por diversos eventos y tipos de victimizaciones como son los malos tratos físicos, múltiples tipos de violencia sexual, abandono emocional por parte de sus cuidadores, entre otros. Además, los estudios indican que esta población, en su mayoría, han mantenido contacto con el sistema de protección (Gibbs et al., 2018, en Pereda et al., 2021), lo cual se explica, en parte, sus experiencias de victimización, especialmente sexual, en sus familias de origen (Nixon, et al., 2002; Tyler, et al., 2001 en Pereda, et al., 2021). Estos niños, niñas y adolescentes presentan muchas dificultades para reconocer las distintas formas de abuso y maltrato, no contando con las herramientas, ni recursos para afrontar estas experiencias, por lo que requieren ser protegidos con medidas especiales cuando se encuentren dentro del sistema de protección (Stativa, 2000 en Pereda, et al., 2021).

Por su parte, en Chile, participantes de una jornada técnica convocada por el Servicio con Colaboradores Acreditados de la red ambulatoria del (2024), plantean que, en general los niños, niñas o adolescentes que asisten a los programas especializados (PIE[7] tradicional, PIE 24 Horas[8], PEC[9] y PEE[10]) presentan múltiples victimizaciones; tales como negligencia parental severa, maltrato físico o psicológico, violencia intrafamiliar, policonsumo, explotación sexual, grooming, permanencia en calle, trayectorias delictivas, víctimas de organizaciones criminales y con trayectoria previas de atenciones en programas de la red de protección especializada.

Las conclusiones de esta jornada coinciden con los hallazgos de Pereda et.al 2021) respecto de que adolescentes víctimas de explotación sexual en España, presentan trayectorias en el sistema residencial, sumado a conductas frecuentes de salidas no autorizadas desde estos centros; mostrando conductas que delatan un profundo impacto en su desarrollo integral, como conductas disruptivas, transgresión de normas, policonsumo de drogas y desescolarización. En Chile, los equipos de la oferta especializada, ya señalada, agregan que tras la pandemia por COVID-19 (2020 - 2021), las problemáticas de salud mental en los participantes de sus programas se acentuaron, presentando un aumento de conductas autolesivas y/o suicidas, que no tienen una respuesta oportuna del sistema de salud.

En coherencia con lo señalado, respecto de la afectación en la niñez y adolescencia, **se comprende que las experiencias de polivictimización representan una forma extrema de violencia acumulada.** Diversas investigaciones indican que este fenómeno se asocia a variadas sintomatologías, entre la que se encuentra la depresión, la ansiedad, el estrés postraumático, el consumo de sustancias y la transgresión de normas. En el nivel neurobiológico, se ha encontrado alteraciones en la maduración de estructuras cerebrales y en las funciones neuroendocrinas, que impactan en dificultades para regular el comportamiento (Guerra C., et. Al. 2019).

Para mayor abundancia, otros estudios han evidenciado que **la polivictimización se asocia significativamente con alteraciones cognitivas y psicológicas en adolescentes entre 12 y 18 años, incluyendo síntomas psicóticos, trastornos internalizantes y externalizantes, déficit atencional con hiperactividad y disminución en el rendimiento intelectual** (Tanksley et al., 2020, en Labrín, 2024). Asimismo, se ha observado un grave compromiso del bienestar psicológico, que se manifiesta en niveles elevados de ansiedad, depresión, pérdida de control emocional, afecto positivo disminuido, deterioro en los lazos afectivos y una reducción en la satisfacción vital (Bashir & Dasti, 2015, en Labrín, 2024).

En contextos de marginación, muchos adolescentes con trayectorias de polivictimización **desarrollan conductas transgresoras de la norma o comportamientos evidentemente peligrosos -como el consumo de sustancias, actividad sexual temprana, vida en la calle, uso de armas, participación en delitos o intentos de suicidio- que, lejos de ser meramente disfuncionales, pueden representar formas no convencionales de autoprotección en entornos hostiles**, "lo hacen con lo que está disponible y accesible, percibido como útil para su mantenimiento" (Ungar, 2007, p.3), a objeto de poder fortalecer su identidad, desarrollar habilidades, adquirir autoestima, ejercer poder de decisión y pertenencia a un grupo (Ungar, 2001).

Una investigación realizada en Chile con adolescentes hombres y mujeres, estudiantes secundarios, por los académicos Guerra C., Pinto C. y Hernández V. (2019), indagó respecto de la correlación entre las variables polivictimización, sintomatología depresiva y conductas de autoagresión. Sus resultados arrojaron que las múltiples victimizaciones se encuentran directamente relacionadas con la sintomatología depresiva y autoagresiva, es decir, a mayor polivictimización, mayor sintomatología. Asimismo, los datos indican que la depresión y la autoagresión están directamente relacionadas entre sí, los adolescentes con mayor depresión también son los que presentan mayor autoagresividad.

En síntesis, la Polivictimización entrega un marco comprensivo pertinente para explicar los efectos que tiene en el desarrollo y en las conductas de niños, niñas y adolescentes que han estado expuestos a múltiples y diversas experiencias de violencia, constituyéndose en trayectorias vitales desarrolladas en entornos familiares, escolares y comunitarios con limitados factores protectores que mitiguen el impacto en su bienestar. Asimismo, la adolescencia, como etapa de profunda transformación, es especialmente vulnerable a los efectos de la polivictimización. Muchas conductas propias de esta etapa pueden exacerbarse cuando se entrecruzan con experiencias de violencia, lo que exige interpretar los comportamientos de riesgo desde una perspectiva contextual y relacional. Además, comprender las trayectorias de victimización en los niños, niñas y, particularmente en los y las adolescentes, permite diseñar intervenciones más pertinentes, sensibles y eficaces, que respondan a la complejidad de sus experiencias y promuevan su bienestar integral.

Finalmente, en la búsqueda de perspectivas conceptuales pertinentes, Pereda (2019) advierte que el diagnóstico de **trastorno por estrés postraumático**, ampliamente utilizado en salud mental, no logra capturar la diversidad y gravedad de los efectos que provoca la exposición continua a la violencia en un individuo en desarrollo, por lo que se ha adoptado el concepto **trauma complejo** para dar cuenta del impacto en un niño, niña o adolescente que ha estado expuesto a diversas experiencias traumáticas y por un período prolongado de tiempo en el plano interpersonal. A continuación, se aborda el Trauma Complejo como un paragua conceptual para el desarrollo del Modelo Terapéutico Integrado.

Trauma Complejo desde una mirada relacional

Es importante comenzar señalando que, aunque las experiencias de violencia impactan la vida de niños, niñas y adolescentes, no todas son necesariamente vividas como traumáticas. Tal como plantea Bessel Van der Kolk (2015), el carácter traumático depende de la percepción subjetiva de amenaza a la propia vida, constituyendo un quiebre en la continuidad del ciclo vital y marcando un "antes y un después". En este sentido, el **trauma** no se reduce al "evento adverso" en sí, sino que incluye las consecuencias de éste, configurándose en las personas como experiencias que superan su capacidad para afrontarlas.

Siguiendo con **Van der Kolk, (2009, en 2020**) quien introduce el concepto de "**Trauma del Desarrollo"** para describir lo que le ocurre a niños, niñas y adolescentes expuestos a contextos de amenaza constante, malos tratos y prácticas de crianza inadecuadas. A su juicio, un abordaje inadecuado en los sistemas de diagnósticos tradicionales ha privilegiado el control conductual, sin reconocer la dimensión relacional del trauma, lo que ha derivado en un sobre diagnóstico de comorbilidades en la población infanto-adolescente, sin una mirada sensible al trauma. Donde el abuso y abandono crónico por parte de los cuidadores, afecta gravemente la regulación emocional, el control de impulsos, la cognición, la atención, la disociación y las relaciones interpersonales. Esta distinción conceptual, es clave, pues da un giro en el tratamiento, orientándolo hacia la aplicación de neuroplasticidad para "reprogramar" el cerebro y reorganizar la mente de quienes "han sido programadas por la propia vida para para percibir a los demás como amenazas y a sí mismos como inútiles" (p. 189). De esta forma, se enfatiza que tanto en las estrategias preventivas, como de tratamiento se requiere incorporar sistemas de apoyo social, para que las familias puedan desarrollar sus tareas de cuidado.

En esta misma línea, Judith Herman (1992), también, cuestiona las categorías diagnósticas psiquiátricas, ya que no logran representar la complejidad de los sobrevivientes de trauma crónico al pasar por alto las repercusiones psicológicas diversas y severas del abuso prolongado y tienden a generar etiquetas inapropiadas y estigmatizantes. De este modo, propone integrar en la comprensión del trauma perspectivas clínicas y sociales, considerando tanto la experiencia personal como el contexto sociopolítico. Así, la autora distingue entre las denominaciones de **"Trauma Simple"** para referirse a eventos únicos y acotados como desastres naturales o accidentes, cuya duración es corta y tiene un impacto directo en la vida de la persona- y el **"Trauma Complejo"**, para comprender las consecuencias de estar expuesto a **experiencias prolongadas y repetidas**, como abuso sexual, físico o emocional durante la niñez y adolescencia, relaciones abusivas sostenidas o situaciones de violencia comunitaria.

La investigadora advierte que "el abuso infantil crónico se produce en un clima familiar de terror generalizado, en el que las relaciones de cuidado habituales se han visto profundamente perturbadas. Los supervivientes describen un patrón característico de control totalitario, impuesto mediante la violencia y las amenazas de muerte, la aplicación caprichosa de normas insignificantes, recompensas intermitentes y destructivas..." (p.116). Aún más, advierte que los niños, niñas o adolescentes que crecen en este clima desarrollan vínculos patológicos hacia los cuidadores abusivos, relaciones que podrían querer mantener incluso a costa de sacrificar su propio bienestar. Para hacer frente a este contexto de abuso crónico, ellos y ellas despliegan tres **estrategias adaptativas: defensas disociativas, desarrollo de una identidad fragmentada y la regulación patológica de estados emocionales**. La propuesta terapéutica de esta autora es integral y por etapas, partiendo por otorgar un piso de seguridad básica, para luego fortalecer la autoimagen y finalmente, restaurar mecanismos de regulación de la intimidad y la agresión, que han sido afectados por el trauma, enfatizando que "la recuperación solo puede darse en el contexto de las relaciones; no puede ocurrir de forma aislada. Al renovar sus conexiones con otras personas, el sobreviviente recrea las facultades psicológicas dañadas o deformadas por la experiencia traumática" (p.116). Estas facultades aluden a la confianza, autonomía, iniciativa, competencia, identidad e intimidad; capacidades que se construyen con otras personas y, por tanto, deben abordarse en contextos relacionales.

Los investigadores en mentalización[11] coinciden en que el Trauma Complejo se refiere al impacto de las experiencias negativas reiteradas en la niñez y adolescencia que "involucran negligencia o abuso, típicamente dentro de un contexto de apego/cuidado o dentro de otras relaciones interpersonales con una dinámica de poder desigual, en la que las figuras de apego/cuidadores que se supone deben proteger y cuidar al individuo son al mismo tiempo una fuente de ansiedad, amenaza, negligencia y/o abuso" (Smits, et al., 2024, p.2).

En definitiva, el trauma complejo alude al impacto profundo y prolongado en el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes, derivado de experiencias traumáticas interpersonales -violencia sexual, negligencia, maltrato físico y/o emocional- en un entorno familiar y comunitario incapaces de brindar protección. Un elemento esencial en la experiencia traumática es la forma en que reacciona el contexto que los rodea (Atwood & Stolorow, 2004). Cuando el sufrimiento no encuentra reconocimiento dentro de su medio social o contexto intersubjetivo que lo sostenga (Sassenfeld, 2006), se intensifica el dolor y la dificultad para integrar los efectos asociados al trauma, conduciéndolo a un estado desorganizado, insoportable, que los sobrepasa (Villouta, 2023). El trauma se instala como un temor permanente, aun cuando, la situación actual de las personas haya mejorado, "esta realidad está siempre amenazada por la sensación de que pueden ocurrir cosas terribles en cualquier momento" (Orange, D. 2016, p. 16).

El equipo de investigación liderado por Maaike L. Smits et al., 2024, plantea a partir de hallazgos de diversos estudios y desde la perspectiva de la mentalización que **el trauma complejo, altera gravemente la regulación del estrés,** junto con tres capacidades que alteran severamente la salud mental: **a. la capacidad de formar relaciones de apego saludables**; **b. mentalizar, entendida como la capacidad de comprenderse a uno mismo y a los demás**en términos de estados mentales intencionales como necesidades, deseos, sentimientos, creencias y objetivos y **c. la confianza epistémica,** relacionada con la capacidad de identificar con precisión a otras personas como confiables y, en consecuencia, aceptar e internalizar la información que transmiten como relevante y generalizable.

Cuando estas capacidades se ven afectadas, según el autor, las experiencias traumáticas permanecen aisladas, sin contexto social, lo que perpetúa pensamientos y emociones distorsionadas, como la vergüenza y la culpa. Por ello, para establecer un tratamiento adecuado, desde los estudios en mentalización, se requiere restablecer las conexiones sociales en un contexto que prioriza dicha mentalización, lo cual contrastaría de forma eficaz los impactos del trauma tanto en la autopercepción como en las relaciones, aliviando la vergüenza y el aislamiento. De este modo este proceso de reconexión y comprensión compartida de las experiencias es crucial para la recalibración de la mente traumatizada, puesto que interrumpe el aislamiento y los ciclos de perspectivas dañinas, tanto propias como ajenas, que han sido generadas por el trauma complejo. (Ramos, 2025; Smits et. al 2024).

En síntesis**, las investigaciones apuntan a que el trauma complejo afecta la regulación de los afectos e impulsos; la memoria; la atención; la autopercepción; el sistema de significados; el establecimiento de relaciones interpersonales y somatizaciones** (López-Soler, 2008). Por su parte, Kliethermes, et. al. (2014), releva que la dificultad para lidiar con la sobrecarga del estrés en la niñez y regular la respuestas emocionales y conductuales, se traduce en la adolescencia, en estados de ánimo fluctuantes y reacciones extremas ante estresores menores o incluso, sin causa aparente.

La desregulación del comportamiento puede presentarse en dos patrones: infra controlados -responde a un reflejo de déficits en el control de impulsos, la planificación y la función ejecutiva- y sobre controlados -respuesta para gestionar el efecto y los sentimientos de impotencia mediante rutinas rígidas y patrones de comportamiento estrictos-. En ambos casos, **los y las adolescentes carecen de las habilidades necesarias para desenvolverse en situaciones sociales, lo que incrementa el riesgo de agresiones y autolesione**s.

La evidencia respecto de niños, niñas y adolescentes en sistemas de bienestar infantil y justicia juvenil muestra una relación directa entre la exposición a trauma complejo y efectos adversos severos en su salud mental y bienestar (Kliethermes et al., 2014). Por ello, estos autores enfatizan que los **equipos profesionales requieren estar sensibilizados respecto de la naturaleza de la exposición a traumas complejo, su impacto en la salud mental y el comportamiento de los niños, niñas o adolescentes** y contar con formación especializada para brindar tratamientos adecuados y soportes eficaces.

En definitiva, la exposición reiterada a múltiples formas de victimización genera estrés tóxico, pudiendo suscitar reacciones traumáticas complejas (Finkelhor, Turner, Hamby & Ormrod, 2011). Frente a ello, los programas de atención deben adoptar un **enfoque informado por el trauma, que priorice la seguridad física, psicológica y emocional, tanto de los sobrevivientes como de los profesionales**. Este enfoque de trabajo crea oportunidades de reparación, sentido de control y fortalecimiento de los recursos de las personas (Hopper, Bassuk & Olivet, 2010), la cual, según Levenson (2017), contempla los principios básicos de “la seguridad, la confianza, la colaboración, la elección y la potenciación” (Levenson, 2017, p. 105), esto a través de una intervención que ofrece dinámicas interpersonales saludables en la relación de ayuda.

Finalmente, **revisar las trayectorias de victimización acumuladas, especialmente en adolescentes** -quienes concentran la mayor exposición-, y por tanto que participarán en mayor medida del presente Programa, permite comprender de manera más profunda cómo estas experiencias se interconectan negativamente, intensificando sus efectos. **Esto invita a superar abordajes fragmentados por *tipología de victimización (*violencia sexual, situación de calle, maltrato*)* o por *consecuencias* específicas *(*conductas transgresoras de normas, desescolarización) y avanzar hacia modelos terapéuticos que integren la perspectiva de la polivictimización.** Asimismo, observar la afectación de estas experiencias en las cogniciones, emociones, la corporalidad y las relaciones, desde la perspectiva del trauma complejo, evita la patologización innecesaria y reconoce que estos eventos son de carácter crónico, interpersonales y que ocurren en el contexto de las relaciones de cuidado, socavando el desarrollo de la personalidad del niño, niña o adolescente y su confianza fundamental en el mundo adulto y en el entorno que los rodea.

3.2. Familias en contextos de alta exigencia y trauma Intergeneracional

Este apartado pretende acercarse desde una mirada teórica a las familias con las cuales trabajará el Proyecto, entregando elementos comprensivos que iluminen los procesos de acompañamiento terapéutico. De esta manera se entrega una conceptualización que reconoce la diversidad de conformaciones familiares, identificando como esencial los vínculos afectivos primarios, para luego realizar un desarrollo del trauma intergeneracional, circunscrito al ámbito de las relaciones de cuidado, es decir, padres, madres u otros adultos que desarrollen las labores o tareas de crianza.

Familias en contextos de alta exigencia

En el marco del presente programa, se entiende que las **familias no se constituyen solamente por lazos sanguíneos, sino que se construyen a partir de la articulación de sistemas de cuidado que se sostienen en el tiempo, pudiendo adoptar múltiples formas en cuanto a su composición.** Esta comprensión amplía la mirada del acompañamiento familiar hacia la diversidad de conformaciones que organizan el cuidado y protección de niños, niñas y adolescentes.

Trabajar bajo esta definición requiere de un modelo comprensivo que reconozca dicha diversidad como elemento central en el proceso de acompañamiento terapéutico. La gran variedad de posibilidades y cambios, de limitaciones y resistencias en los grupos familiares, están definidos desde su organización, presentando simultáneamente deseos de cambio y necesidades de conservación, lo que condiciona la sostenibilidad de las transformaciones que emergen durante el acompañamiento, al tratarse de impactos en un sistema relacional significativo (SENAME-ICHTF, 2014).

Las **familias en contextos de alta exigencia** se caracterizan tanto por sus condiciones específicas como por su vinculación habitual con distintos sistemas de ayuda formal. Asimismo, suelen contar con dos o más miembros que enfrentan dificultades físicas, psicológicas o sociales, lo que las lleva a interactuar con diferentes equipos profesionales y a mantener una amplia trayectoria de relación con servicios locales (Casado y Cardona, 2020).

En esta comprensión de familia, se consideran factores de riesgo cuando quienes ejercen los principales cuidados de los niños, niñas o adolescentes se ven limitados por circunstancias externas (entorno, ingresos, acceso a servicios, entre otros) o internas (dinámicas relacionales abusivas, prácticas de cuidado negligentes, trayectorias de violencia familiar, entre otras). Dichas condiciones, por acción u omisión, pueden derivar en situaciones de desprotección avanzada, dificultando su acceso a prestaciones, bienes y servicios en comparación a otras familias.

A su vez, a lo largo del ciclo vital, es altamente probable que todas las familias enfrenten diversas crisis y situaciones de estrés -como duelos, separaciones o pérdidas- que pueden tener efectos positivos o negativos, según las estrategias desplegadas y la calidad del soporte recibido del entorno. Entre estas experiencias, una de las más complejas de abordar es el trauma intergeneracional, por su impacto profundo y persistente en las dinámicas familiares.

Trauma intergeneracional

El **trauma intergeneracional** o también descrito en la literatura como multigeneracional o transgeneracional es comprendido como la forma en que el trauma experimentado por una generación afecta a las siguientes generaciones, sin la exposición directa al evento original, repercutiendo en el bienestar y salud de sus descendientes (Danieli 1988; Isobel et al. 2021; Yehuda y Lehrner, 2018, en Cacace & Summers, 2025).

Una revisión sistemática realizada por Cacace & Summers, (2025), plantea entre sus hallazgos que los descendientes de familias que experimentaron trauma intergeneracional lo describieron como una **"cicatriz" o una "herida" recibida por sus ascendentes que impactó en la generación actual, dificultando su superación y sanación**. Se reconoce la transmisión de patrones de afrontamiento negativos, como la supresión emocional, la violencia o el consumo de sustancias. Cuando ello ocurre en la relación parental y/o de cuidados, el impacto, a menudo inconsciente, se manifiesta en crecer con cuidadores traumatizados.

Asimismo, **estas experiencias también pueden incluir elementos de resiliencia y fortaleza, si los adultos han tenido los espacios para elaborar dichas experiencias, pudiendo transmitir a sus descendientes, relatos de superación y aprendizaje**.

Por su parte Meszaros (2012) a partir de sus estudios acerca del psicoanalista Ferenczi, enfatiza en la complejidad que presenta el trauma cuando se produce en la familia, las muestras de contención y ayuda son muchas veces inexistentes, ya que la persona abusadora y demás miembros de la familia suelen encubrir y silenciar el suceso traumático, perpetuando su impacto, aunque haya cesado el maltrato. A juicio de la autora, no contar con el apoyo y contención emocional oportuna, podría generar “el desarrollo de patologías, al fijarse y enraizarse profundamente en la víctima la experiencia traumática. Esto establece el escenario para la repetición del trauma, algo que actualmente llamaríamos el trauma transgeneracional” (p.3), o intergeneracional como se denomina en el presente documento.

Complementariamente Dangerfield (2012), sostiene que, “si una madre fue abusada en su infancia y este abuso se silenció, muy probablemente no tendrá los recursos internos necesarios como para poder confiar en la relación humana íntima” (p.11). Por tanto, si esta madre no contó con el espacio para elaborar esta experiencia,

probablemente le sea difícil confiar en las personas, o bien, internalice el sometimiento como única alternativa frente al abuso, careciendo de herramientas para afrontar la reedición de ese abuso sobre sus hijos o hijas. El autor destaca que “Para ser capaz de proteger, hay que tener objetos internos confiables, hay que sentir la esperanza de que alguien se vaya a poner de tu lado, la posibilidad de confiar en alguien que nos pueda ayudar. De no ser así, la historia se repite: el mundo no es fiable y se convierte en un lugar inhóspito, un lugar en el que se sobrevive organizando un *falso self* que le sostenga, pero que esconde una enorme fragilidad y déficit a nivel emocional” (p.12).

Las personas que han experimentado maltrato tienen intensas dificultades para establecer relaciones afectivas profundas, para gestionar su vida emocional y, en consecuencia, los vínculos con otros. Por lo que se observan intensas vivencias de abandono, ira, miedo, rabia, pena, desesperación y fracaso del sistema emocional del cuidado (Tizón, 2004).

El trauma intergeneracional a juicio de los estudios realizados por Dangerfield (2012) con población adolescente, indican la presencia de importantes déficits en la capacidad de mentalizar, es decir, en la capacidad para dar sentido a su experiencia emocional. **Existe un predominio de experiencias emocionales no integradas en el contexto de dinámicas familiares patológicas**. En estas condiciones, **lo verdaderamente desesperante para ellos/as es no poder confiar en nadie y el tremendo aislamiento en el que vive**, lo que se traduce en sentimientos contradictorios tales como: *no tengo a nadie* y, además, la expectativa de que este es su lugar en el mundo, es decir, *no tengo a nadie y jamás lo tendré* (Bleiberg, 2013).

Por lo tanto, **el trauma intergeneracional no es solo un legado del pasado; es una realidad viva que puede moldear las identidades y relaciones en el presente.**A través del diálogo, **el acompañamiento terapéutico y una mayor conciencia, es posible reescribir estas historias, permitiendo a las nuevas generaciones vivir de manera más saludable y plena**.

En conclusión, **es importante comprender el impacto y abordar las trayectorias de victimización de los niños, niñas y adolescentes desde una noción de trauma complejo**, que aporta una mirada sensible y no estigmatizadora para entender las consecuencias que tiene en distintas áreas de su desarrollo estar expuestos a experiencias de abuso o maltrato de manera permanente por parte de quienes debían protegerlos/as y cuidarlos/as. Del mismo modo la noción de trauma intergeneracional aporta una perspectiva comprensiva de las historias familiares y cómo afectan en el cuidado de la descendencia.

3.3. La reparación como proceso integral y multi dominios

En el contexto nacional, diversos autores han planteado la necesidad de ampliar el concepto de reparación a uno que integre los distintos procesos que éste conlleva y que enfatice los aspectos de superación, fortalecimiento e incluso de crecimiento postraumático a partir de la experiencia de trauma vivenciada (Capella y Gutiérrez, 2014; Saavedra, Arredondo, Lobos y Guerra, 2021; Contreras, Pereda, Navarrete y Pinto, 2025). Lo anterior sienta las bases para entablar un nuevo marco en el trabajo con personas que han vivido experiencias de victimización y muestra la necesidad de avanzar más allá de la experiencia dañosa como único punto de referencia (Green, Calvery y O´Leary, 2021). Esta mirada deja atrás los enfoques focalizados exclusivamente en las consecuencias o daño y, por otra parte, en el ámbito individual de la reparación, en desmedro de modelos más sistémicos y ecológicos (Gómez, Cifuentes, Sieverson, 2010; Capella y Gutiérrez, 2014; Contreras et al., 2025; Hamby, Guerra, Toro y Pinto, 2025).

Desde esta perspectiva, cambia también el rol de las personas que, expuestas a experiencias de trauma, pasando de ser vistas como víctimas pasivas a agentes activos en su proceso de afrontamiento y recuperación, poniendo el foco en las fortalezas y capacidades que les permitan superar estos desafíos a partir de las variables de resiliencia (Hamby, et al., 2025).

Se propone entonces para efectos de este Modelo Terapéutico un **concepto de reparación más integral, alejándose de la concepción restrictiva de que es la persona, “la que requiere ser reparada”, sino que se comprende como un proceso dinámico que contempla distintas dimensiones personales y contextuales que se entrelazan para que un niño, niña o adolescente pueda experimentar dicha reparación.** Esta comprensión amplia del concepto de reparación en multi dominios recurre a la idea de recuperar el significado etimológico de la palabra reparar, a saber, *disponer de lo nuevo*, como un proceso humano y psicosocial orientado a que los niños, niñas y adolescentes “puedan disponer de nuevo de su existencia sin terror, sin arbitrariedades, sin impunidad y puedan transformar esas afectaciones y trascender de una condición de víctima a sujeto de derechos” (Rebolledo, y Rondón 2010, p. 49). Ello considera: “la subjetividad, las narraciones y significados que los individuos puedan darle a esas experiencias dolorosas a ese sufrimiento humano para construir lo nuevo que apunta hacia adelante. Desde esta mirada de la construcción de lo nuevo, de apuntar hacia visibilizar los recursos propios, comunitarios, culturales, se intenta implementar procesos de recuperación psicosocial en el marco de un proceso de reparación” (Rebolledo y Rondón, 2010, p. 49).

El tema de la narración y el procesamiento del trauma también se ha descrito como un proceso que permite a las personas comprenderse a sí mismos/as, sus relaciones y experiencias pasadas de maneras nuevas y más positivas, ofreciendo además nuevas oportunidades para la regulación emocional (Cohen, Mannarino, Kliethermes & Murray, 2012).

En complemento a lo anterior, **la reparación se constituye también en un proceso social relevante de reconocimiento y validación de la experiencia**(Martínez, 2014, en Universidad de Chile, 2025) y “genera las condiciones contextuales que puedan favorecer el proceso de resignificación de la víctima” (Capella y Gutiérrez, 2014, p.97).

En términos generales, **la reparación como concepto multi dominios va a estar orientada al abordaje integral de la situación de violencia y desprotección en la que se encuentra un niño, niña o adolescente y su entorno familiar, insertos en su territorio, y conlleva aspectos tanto de restitución de derechos, de bienestar y de seguridad, entre otros** (Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, 2023, 2024; Universidad de Chile, 2025). En una revisión documental sobre este concepto y su utilización en el Servicio de Protección Especializada se señala que este proceso no se limita a la remisión total o parcial de la sintomatología que se produce como efecto de la violencia que han vivido, sino que implica transformaciones profundas a nivel de los vínculos afectivos y el fortalecimiento de los factores protectores en el ámbito individual, familiar y comunitario (Universidad de Chile, 2025).

Es así como la reparación se sustenta en un proceso de acompañamiento integral que está orientado, por un lado, a reducir el impacto biopsicosocial de la violencia, conscientes de reconocer y visibilizar los efectos de ésta en las distintas áreas del desarrollo (Servicio de Protección Nacional Especializada a la Niñez y Adolescencia, 2023) y, por otro, se reconoce la necesidad de que se oriente hacia la superación como un proceso que releva los aspectos de fortalecimiento de sus recursos (Capella y Gutiérrez, 2014; Universidad de Chile, 2025).

Se proponen **cuatro dominios de la reparación**, los cuales requieren de un abordaje diferenciado, pero complementario a la vez (Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, 2023, 2024; Universidad de Chile, 2025):

El primer dominio es el psicoemocional, el cual alude a los aspectos psicoemocionales de los niños, niñas y adolescentes y su afectación a partir de las experiencias de violencia y trauma, y se enfoca en resignificar sus experiencias traumáticas y en evitar la cronificación del daño. La **resignificación** (parte del dominio psicoemocional de la reparación) alude a un cambio en torno al significado que quien ha sido víctima le da a la experiencia vivida, incorporando nuevos contenidos que contribuyan a una comprensión más adaptativa (Capella y Gutiérrez, 2014). Este proceso implica un rol activo de los niños, niñas o adolescentes, en relación con sus recursos evolutivos (Capella y Gutiérrez, 2014; Capella y Miranda, 2003). Sin embargo, para poder avanzar en la resignificación, es necesario el desarrollo previo de habilidades básicas de regulación emocional y control atencional, entre otras. Los modelos trifásicos de tratamiento (Herman, 1992) enfatizan que antes de abordar la elaboración de significados traumáticos es necesario fortalecer la seguridad y las capacidades de autorregulación.

También los enfoques cognitivo-conductuales basados en trauma (Cohen et al., 2017), además de los modelos de mentalización (Bateman & Fonagy, 2016), destacan la importancia de estabilizar funciones como la regulación emocional, la modulación de la activación fisiológica y el control atencional antes de avanzar a procesos más complejos de integración narrativa y resignificación, todos procesos necesarios que permiten a los niños y niñas o adolescentes integrar la experiencia traumática como parte de su historia, junto con otras que ha vivido, a fin de que sea integrada en su historia vital y no se constituya en el núcleo central de la vivencia (Capella y Gutiérrez, 2014 en Universidad de Chile, 2025).

En esta misma línea surge el concepto de **superación** (Capella y Gutiérrez, 2014), vinculado al de resignificación, el que conlleva la posibilidad de desarrollar recursos en el proceso de resignificar la experiencia e incluso salir fortalecidos, alejándose de la noción de reparación centrada en el daño (Capella y Gutiérrez, 2014). Cabe señalar que ambos procesos (resignificación y superación) no se producen en solitario, sino en relación con otros/as, siendo fundamental el rol de las familias de los niños, niñas y adolescentes que han vivido situaciones de trauma y desprotección (Capella et al., 2016), considerando sus entornos sociocomunitarios.

El segundo dominio es el vincular y relacional, el que comprende que los vínculos afectivos constituyen un eje central de los procesos reparatorios, y considera tanto a los niños, niñas o adolescentes y familias como sujetos activos y con capacidad de agencia en la relación, así como también, reconoce a los cuidadores como víctimas indirectas (Latorre,2023) atendiendo a su propia historia de trauma y a la necesidad de acompañamiento reflexivo para sostener vínculos más seguros con ellos y ellas. En

este sentido, parte del proceso implica acompañar el vínculo y fortalecer el estilo de relación que se vio alterado producto de las vivencias de violencia y trauma, resignificando los vínculos afectivos y, favoreciendo a su vez, la seguridad emocional, la resiliencia y la confianza en sí mismo/a y en el mundo.

El tercer dominio es el proteccional y legal, cuyo paradigma de base es la protección integral, que demanda la restitución de los derechos que han sido vulnerados y se inserta en el marco de la Ley de Garantías y Protección Integral (Ley N° 21.430). De este modo, en conjunto con crear un marco de seguridad física y emocional, toda vez que sea necesario, los programas de protección especializada acompañan a la familia, o cuando lo anterior no es viable, interponen por sí mismos medidas administrativas o judiciales que permitan garantizar la protección de los niños, niñas y adolescentes participantes, manteniendo una relación permanente con el sistema de justicia, especialmente con los tribunales de familia y los representantes jurídicos de los niños, niñas y adolescentes (cuando proceda), con el Ministerio Público, entre otros actores. Lo anterior, de acuerdo con lo establecido en las normativas legales y administrativas vigentes (Ley N°21.302, Ley N°19.968, Resolución Exenta N°1051, de 2023 de esta Dirección Nacional). Asimismo, se espera que se contribuya, a través de articulaciones con el intersector, al ejercicio efectivo y goce pleno de sus derechos.

Además, considera el acompañamiento al duelo, la frustración y el sentimiento de injusticia que emerge en los niños, niñas o adolescentes y sus familias cuando la penalización del sistema judicial no es posible, promoviendo el reconocimiento social del daño cometido lo que contribuye a la reparación. Resulta esencial para comprender el contexto en el que se desarrollan los niños, niñas y adolescentes en su proceso de hacer sentido de la experiencia abusiva, destacando el rol de los otros/as en este proceso (Martínez, 2014; Capella y Gutiérrez, 2014).

El último y **cuarto dominio propuesto es el social**, el cual es muy importante ya que reconoce la reparación desde un marco de derechos humanos. Esta propuesta apunta a que el principal garante de derechos de la niñez y adolescencia en este proceso es el Estado y en conjunto con la sociedad civil deben poner a disposición el máximo de los recursos posibles para los niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados, les sea posible experimentar una reparación efectiva, lo que incluye la restitución de sus derechos, la superación, y garantías de no repetición. Además, se releva la incorporación de los actores de la comunidad y las instituciones sociales como parte fundamental y activa del proceso (Brown et al., 2022).

Por su parte, la **recuperación** se entenderá como el restablecimiento de las variables afectadas en cada una de las cuatro dimensiones que estaban a la base de la situación de desprotección, particularmente aquello ligado a los dominios psicoemocional y vincular relacional del concepto de reparación. Ello, comprendiendo que los niños, niñas o adolescentes no solo requieren vivenciar la recuperación de los efectos o consecuencias de las vulneraciones de derechos, sino que también de la experiencia misma de haber sido desprotegidos.

Sumado a ello, es **central el rol de la familia o adultos/as cuidadores**en los procesos de abordaje de las experiencias de trauma complejo y desprotección de los niños, niñas y adolescentes, no sólo para apoyar los procesos de recuperación de ellos y ellas, sino para abordar el impacto personal a propósito de la situación, sugiriendo considerarlos de manera integral (multidimensionalmente y no únicamente desde su rol de cuidador/a), incorporando su subjetividad (Gabriel-Vacher y Capella, 2024a). En este sentido, se habla de un proceso de “cambio conjunto”, que implica cambios en la identidad de los/as cuidadores/as y en su capacidad de brindar protección (Gabriel-Vacher y Capella, 2024a), lo que repercute significativamente en los procesos terapéuticos individuales.

Finalmente, la comprensión de los procesos reparatorios desde lo amplio invita a pensar la reparación como un proceso humano y relacional donde la familia, lo social y contextual cobran relevancia más allá del plano puramente individual y es dependiente tanto de las acciones de los programas que ejecutan la protección especializada, como de las distintas instituciones y de la sociedad en su conjunto (Universidad de Chile, 2025), en un marco de protección integral que garantiza sus derechos.

IV. PARTICIPANTES DEL MODELO

El Programa Terapéutico Especializado, como parte del Modelo Terapéutico Integrado está dirigido a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, junto a sus familias u otros adultos o adultas que ejercen las funciones de cuidado. Sin embargo, debido a las características de las trayectorias de polivictimización es esperable que los y las participantes se focalicen principalmente en la etapa adolescente. Por esta razón, a lo largo de la presente Base Técnica se hará referencia a “adolescentes” lo que no implica excluir a niños y niñas de otras edades que cumplan con los criterios de ingreso del Programa [12] [13].

Se entenderá por **desprotección avanzada** en el contexto del presente programa ambulatorio, como la presencia de múltiples victimizaciones (polivictimización) que se configuran en una marcada trayectoria de vulneraciones, encontrándose el niño, niña o adolescente en evidente situación de desprotección, así como se manifiesta la presencia de daño subjetivo y/u objetivo en él o ella. La familia se encuentra con serias dificultades para ejercer los cuidados, presenta una escasa disponibilidad o rechazo manifiesto para participar del proceso de acompañamiento terapéutico. Asimismo, los factores contextuales, referidos a los soportes del intersector y del entorno comunitario son acotados, no constituyéndose en redes de apoyo permanentes para el grupo familiar.

En el marco de esta Base Técnica, la expresión "avanzada" no refiere exclusivamente a la duración o temporalidad de las vulneraciones, sino a la acumulación e interacción de situaciones de victimización, factores de desprotección y sus efectos en las condiciones de cuidado, protección y bienestar del niño, niña o adolescente.

Cabe señalar que se actuará bajo el principio de igualdad y no discriminación, por lo que no se establece como criterio de ingreso para los y las participantes del Programa su condición étnica o pertenencia cultural, situación socioeconómica, género, situación de discapacidad, nacionalidad, religión u otra razón arbitraria.

A continuación, se entregan algunos elementos teóricos sobre la etapa adolescente, puesto que comprenderán un grupo importante de participantes del Programa.

Adolescencia y su comprensión desde el enfoque de curso de vida

El Comité de Derechos del Niño en su Observación General N°20 releva la adolescencia como una etapa caracterizada por crecientes oportunidades, capacidades, energía y creatividad, como también por altos niveles de vulnerabilidad. Asimismo, refuerza su rol como agentes de cambio, con potencial de aportar a sus familias, comunidades y sociedades (ONU, 2016).

Desde el punto de vista etario el Comité propone tomar como referencia el período comprendido entre los 10 y los 18 años para aludir a la etapa adolescente. Según la Organización Panamericana de la Salud, OPS (2010), la adolescencia comprende entre los 10 y los 19 años, y representa en la trayectoria de vida de un individuo un período de evolución, de maduración biológica, psíquica y social que les permite alcanzar la adultez e incorporarse plenamente a la sociedad (MINSAL, 2023). Asimismo, el Servicio denomina adolescencia temprana al período comprendido entre los 10 y los 13 años y adolescencia al tramo entre los 14 y 18 años; en este último rango de edad es probable que se concentren los participantes del Modelo Terapéutico Integrado como ya ha sido señalado.

En términos generales, la etapa adolescente advierte algunos desafíos y tareas importantes a desarrollar; tales como, la búsqueda y construcción de la identidad personal, lo cual implica la aceptación del propio cuerpo, el conocimiento y la aceptación de la propia personalidad, la identidad sexual, la identidad vocacional y la definición de una ideología o filosofía de vida sustentada en los valores propios (Gaete, 2015). También, es relevante el desarrollo de la autonomía, siendo un proceso gradual respecto a sus opiniones, conductas y en la toma de decisiones, marcando así una evolución desde la dependencia infantil, a un sentido de identidad personal y autodeterminación, lo que conlleva la exploración de intereses, asumir responsabilidades, y establecer valores propios. Además, se plantea el desarrollo de las competencias emocionales (capacidad de autorregulación) y sociales (capacidad para relacionarse de manera efectiva con otros/as) (Hornberguer, 2006; Sanders, 2013), las cuales permiten empatizar con las demás personas y “leer” adecuadamente sus comportamientos (Orben, Tomova & Blakemore, 2020).

Adicionado a lo anterior, se requiere considerar esta **fase desde una perspectiva de curso de vida**, la cual reconoce la idea de que cada adolescente es único/a, pues existen diferencias individuales que están determinadas por el sexo, el género, el lugar de residencia (rural o urbano), el nivel socioeconómico, la cultura, la pertenencia a pueblos originarios, las trayectorias vitales, entre otras variables y determinantes sociales que traen consigo, por lo que el concepto de “adolescencias” hace sentido en el marco de este Programa, pues reconoce la diversidad existente en esta etapa y sus necesidades específicas, evitando nociones hegemónicas (MINSAL, 2018b).

Desde el enfoque de curso de vida, se logra visualizar la experiencia diferencial y el impacto de los determinantes sociales a lo largo de la vida, así como también reconoce que las influencias presentes en cada etapa pueden afectar la salud física y/o mental (OMS, 2014), fundamental a la hora de comprender al adolescente que ingresa al Modelo Terapéutico Integrado. Bajo esta mirada, se hace necesario considerar las trayectorias en los distintos ámbitos, sus transiciones y los eventos vitales que han provocado un fuerte impacto en su vida, a tal punto de modificar su curso de desarrollo. Por tanto, la invitación es que conociendo esas diferencias sustanciales en las trayectorias recorridas por unos/as u otros/as, se puedan desplegar procesos de acompañamientos terapéuticos pertinentes a los y las adolescentes y sus familias.

V. RUTA DE INGRESO

De acuerdo con la Ley N°21.302 que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, la Ley N° 21.430 Sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, y la Ley N°19.968[14] que crea los Tribunales de Familias, las formas de ingreso al Programa requieren de la adopción de una medida de protección Judicial o Administrativa, sea por derivación de Tribunales de Familia o con competencia en esta materia y por medio de las Oficinas Locales de la Niñez (OLN), **previo Informe de Diagnóstico elaborado por el Programa Diagnóstico Clínico Especializado (DCE)**[15], que contempla la valoración y el nivel de la situación de desprotección presente en el niño, niña o adolescente, la sugerencia de oferta especializada idónea para su abordaje, así como el Plan de Intervención Individual.

En casos excepcionales, el Programa puede gestionar ingresos directos cuando, a partir de su trabajo territorial, identifique casos graves de niños, niñas o adolescentes o grupos de pares con alertas de desprotección avanzada (como situación de calle o explotación sexual, trayectorias de transgresión de normas, entre otras). En estos casos, **se busca evitar la pérdida de contacto y favorecer la vinculación inicial con el Modelo Terapéutico Integrado** Estas situaciones especiales también pueden aplicarse cuando participantes del modelo motivan a pares en condiciones similares a incorporarse.

En tales situaciones, el director/a del Modelo Terapéutico Integrado dispone de un plazo de diez días hábiles (posterior al momento en que el niño, niña y/o adolescente señale su deseo de ingresar formalmente al Programa) para realizar las gestiones administrativas correspondientes para su ingreso, considerando necesariamente la coordinación con la Oficina Local de la Niñez, la Dirección Regional, el Programa Diagnóstico Clínico Especializado, y otras instancias pertinentes que permitan asegurar que la gestión proteccional se enmarque según la normativa vigente, y en coherencia con los procedimientos establecidos por el Servicio.

Finalmente, es preciso reiterar que el ingreso al Programa Terapéutico Especializado exige simultáneamente, el ingreso al Programa Prevención Focalizada.

VI. ÁMBITOS DE ACCIÓN

6.1. OBJETIVOS

Objetivo General del Modelo Terapéutico Integrado:

Contribuir a la reparación de las trayectorias de polivictimización en niños, niñas y adolescentes, considerando sus contextos familiares y territoriales.

Objetivos Específicos:

1. Generar espacios protectores para la disminución de factores de riesgo de niños, niñas y adolescentes.
2. Desarrollar procesos de acompañamiento terapéutico con niños, niñas o adolescentes para el abordaje de sus trayectorias de polivictimización.
3. Realizar procesos de acompañamiento terapéutico con la familia o adulto/a cuidador/a, para el desarrollo de prácticas de cuidado de los niños, niñas o adolescentes.
4. Fortalecer la vinculación de los niños, niñas, adolescentes y sus familias o cuidadores con redes intersectoriales y comunitarias.

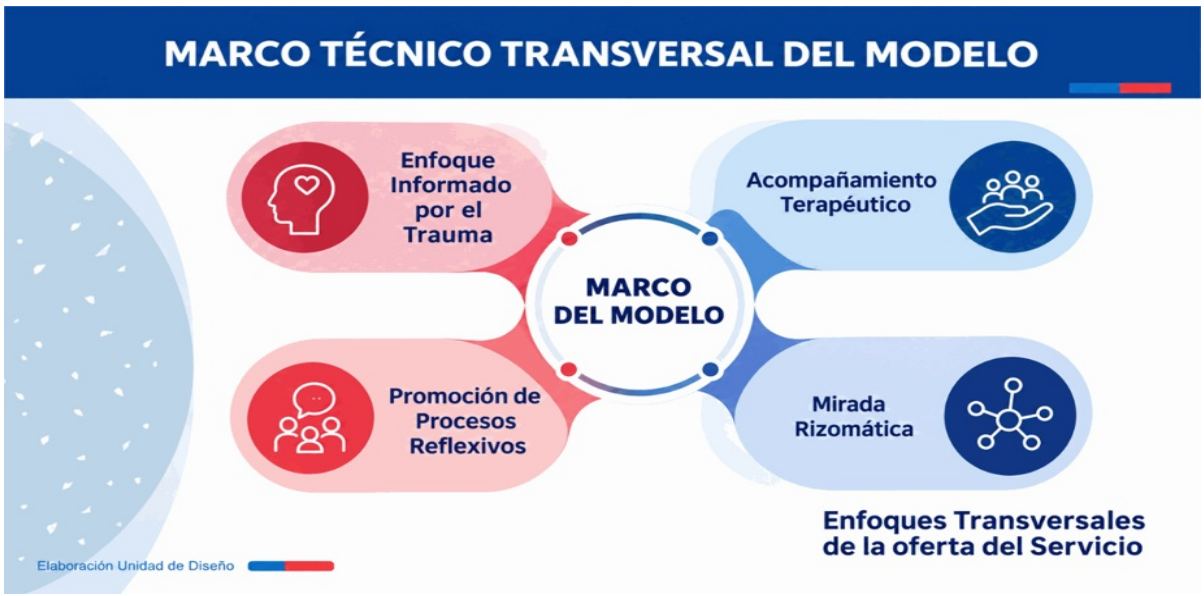
6.2. MARCO TÉCNICO TRANSVERSAL DEL MODELO

Este apartado refiere al marco técnico transversal que orienta la implementación del Modelo Terapéutico Integrado, conformado por el Programa terapéutico Especializado y su programa complementario, Prevención Focalizada. Este marco establece principios y enfoques de actuación que guían el accionar de los equipos durante la ejecución.

Su propósito es traducir los fundamentos teóricos del Modelo -plasmados en la conceptualización- en orientaciones prácticas, proporcionando una mirada común sobre cómo abordar los procesos de acompañamiento con los niños, niñas y especialmente con los y las adolescentes y sus familias, así como el trabajo interno con el propio equipo.

De este modo, el marco técnico transversal constituye una referencia que orienta tanto la ejecución de acciones como la toma de decisiones en el desarrollo del Modelo Terapéutico Integrado, tal como se sintetiza en el siguiente esquema.

Gráfica N° 3: **Marco Técnico Transversal del Modelo**



A continuación, se describe cada uno de los elementos del Marco Técnico del Modelo:

Acompañamiento Terapéutico:

En el marco de las nuevas formas de mirar que plantea el Servicio para abordar el trabajo con los niños, niñas, adolescentes y sus familias o personas cuidadoras, se propone avanzar desde la denominación de "intervención" hacia una de "acompañamiento terapéutico", que invita a la comprensión de un cambio epistemológico y no solo nominal, pues convoca al equipo a replantearse la forma de abordar los procesos de acompañamiento con los participantes.

Entonces, **el acompañamiento terapéutico** se comprende como un **espacio vincular y relacional**, donde cada interacción con el niño, niña o adolescente y su familia posee un potencial de ser terapéutico orientado al bienestar de sus participantes. Este acompañamiento se basa en una cultura donde el aprendizaje emerge desde lo vincular, mediante relaciones profundamente personales y humanas, con pilares en la **práctica informada por el trauma y la colaboración**, permitiendo cambios en las propias experiencias y entornos de quienes participan, mejorando su bienestar psicosocial (Regalado, 2022). Asimismo, estas prácticas son situadas, consideran la perspectiva territorial, participativa, promueven la justicia social y el diálogo con los distintos actores que se relaciona el Modelo.

El acompañamiento terapéutico -en el marco de este Modelo- **comprende las prácticas que se desarrollen en distintos espacios** (que incluye un espacio físico, vincular y relacional) tanto en las instalaciones del Proyecto (salas de atención, espacios de estar o recreativos), como también en los **diversos espacios de la cotidianidad**, en los cuales los niños, niñas y especialmente los y las adolescentes, como sus familias construyen y desarrollan sus vidas. Así, el equipo podría implementar sus prácticas en distintos espacios como domicilio, escuelas o instancias barriales, en acuerdo con los y las participantes.

De este modo nominar a los procesos como **"acompañamiento"** y **no "intervención"**, se relaciona con la postura que asume el equipo, **avanzando hacia un enfoque relacional** que convoca de modo especial a la experiencia intersubjetiva. El marco de relación se da a través de **una postura que intenciona la horizontalidad en la relación** (en desmedro de la verticalidad y las jerarquías), **la curiosidad genuina y respetuosa** (en desmedro de las certezas), **y la actitud colaborativa** (en vez de lo impositivo). El proceso se sostiene en la relación como foco central. En este intercambio relacional se producen modos de subjetivación que resultan indispensables para que los participantes presenten los cambios que se esperan (Universidad de Chile, 2025). Desde allí, aproximarnos al "acompañamiento" nos previene de sostener visiones correctivas, normalizantes y paternalistas (Cortés Severino, 2013, en Pérez y Osornio, 2021).

Transitar de la "intervención" al "acompañamiento" es de algún modo resignificar la noción de intervención como un proceso distante y vertical, para acercarse a una experiencia encarnada que hace sentido a los y las participantes (Cortés Severino, 2013, en Pérez y Osornio, 2021). Esto conlleva la idea de asumir que la forma en que se ha planteado clásicamente la intervención nos afecta, pues se trata de una forma de establecer un vínculo en el trabajo con otros/as.

El acompañamiento terapéutico permite que el equipo integrado abandone una posición de poder y de experto en la resolución de los problemas de los demás (Cardona y Campos, 2018), por lo que la construcción conjunta de la relación moviliza al equipo desde un lugar de saber a uno de curiosidad. Misma curiosidad que se plantea desde el modelo AMBIT (del inglés Tratamiento Integrador Adaptativo Basado en la Mentalización) como la "curiosidad genuina" como una característica de la actitud terapéutica mentalizadora (Dangerfield y Carrasco, 2024). Otras dimensiones centrales de la **postura mentalizadora** son el énfasis de la actitud lúdica y flexible que facilita la exploración conjunta de la experiencia interna del niño, niña o adolescente, la atención y reparación activa de malentendidos y reparación del vínculo terapéutico, entendiendo los desajustes como oportunidades terapéuticas, interés por los estados mentales más allá de la conducta evitando interpretaciones lineales, adaptación al desarrollo y sensibilidad a sus capacidades evolutivas (evitando un enfoque adultocéntrico), y la posición de no juicio que favorece la seguridad psicológica y apertura en las familias (Midgley et al., 2017).Todo lo anterior es clave para reflejar en parte lo que se espera de la postura del equipo al desarrollar procesos de acompañamiento terapéutico en la práctica.

Acompañamiento Terapéutico a Adolescentes con trayectorias de polivictimización

En el marco de este Modelo, el acompañamiento a adolescentes con trayectorias de polivictimización y a sus familias cumple un rol de sostén y facilitación de procesos en la vida cotidiana. Busca fortalecer la autonomía, mejorar la calidad de vida y promover la participación social mediante un vínculo empático, de escucha activa y práctica informada por el trauma. **El equipo actúa como puente entre adolescentes, familias y entorno**, brindando seguridad, contención afectiva y apoyo en rutinas, funcionando como referente para conectar con potencialidades y construir proyectos de vida personales y familiares sostenidos en el cuidado.

Este acompañamiento no se limita a técnicas específicas, sino que se construye en la relación entre el equipo y los participantes. Es una dimensión relacional, ética y contextual que promueve bienestar, autonomía y participación social, considerando las historias personales, familiares y sus experiencias traumáticas. El acompañamiento terapéutico se despliega en la cotidianidad (Pichon-Rivière y Pampliega, 2002), expandiendo lo terapéutico más allá de las dependencias del proyecto, como ya ha sido señalado, hacia los tiempos libres, la calle, el domicilio y otros espacios donde se desarrollan las vidas de los y las adolescentes (Rossi, 2007).

Uno de sus objetivos centrales es **restaurar los lazos sociales y relacionales fisurados por experiencias traumáticas**, **resignificando sus efectos y permitiendo un abordaje ampliado que incluya al adolescente, la familia y el contexto** (Frank, en Chévez et al., 2014). Esta perspectiva evita homologar procesos, enfocándose en cada adolescente en particular y posibilitando transformaciones emocionales, conductuales y sociales (Najera, en Chévez et al., 2014). Asimismo, se releva la importancia de incorporar no solo la palabra, sino también el juego y la corporalidad, como estrategias que permiten ensayar nuevas formas de vinculación y contribuir a una reparación integral de las experiencias vividas (Benítez, en Chévez et al., 2014).

En lo referido a la familia, el acompañamiento se aborda desde una cartografía de su realidad, permitiendo manejar la información de manera dinámica, ayudando a identificar cómo se relacionan con su entorno y comprender las interacciones que se generan (Betancurth, et al. 2019), lo que implica darse el tiempo para entender la dinámica de roles que se despliegan en ese entramado vincular (Frank, en Chévez et, al. 2014), aportando a la reconstitución de vínculos y sintonización con las necesidades vitales y de cuidado del o la adolescente.

De este modo el acompañamiento terapéutico para este Modelo se sostiene en torno a **seis énfasis**, adaptado de Mieres, 2021:

Gráfica N° 4: Énfasis del Acompañamiento Terapéutico con adolescentes y familias.



Para desplegar estos procesos se requiere formación teórico-práctica en abordaje con niñez, adolescencia y familias, enfoque informado por el trauma y competencias para integrar equipos interdisciplinarios. Asimismo, es necesario y sustancial asumir una postura de escucha y aprovechar las oportunidades que emergen en la cotidianidad para movilizar recursos y fortalecer vínculos sociales (Hermann, 2014), desarrollando prácticas situadas pertinentes a los territorios en los cuales se emplaza el Modelo.

Enfoque informado por el Trauma

A la base del Modelo está el enfoque informado por el trauma, paradigma que promueve que todo el equipo esté capacitado y reciba formación especializada para comprender de manera integral las respuestas que se presentan como impacto del trauma en los niños, niñas y adolescentes y cómo repercuten en sus familias. Por un lado, este enfoque reconoce dichas experiencias y, por otro, responde de manera sensible a ellas, incluyendo también el impacto en los propios miembros del equipo, en tanto acompañantes del proceso de cambio (SAMHSA, 2014, 2023; Vitriol et al., 2020; Sheldon, 2022).

El enfoque se operativiza en la práctica informada por el trauma, la que reconoce la prevalencia de las experiencias de violencia que afectan a los niños, niñas y, particularmente a los y las adolescentes desde temprana edad, asumiendo que las experiencias traumáticas pueden influir de manera significativa en el desarrollo vital, así como también en las creencias, ideas y concepción de la realidad (Levenson, 2017), aun cuando no son determinantes, ya que dicha influencia puede modificarse mediante relaciones seguras y procesos de acompañamiento sensibles al trauma. Este enfoque incorpora la comprensión y sensibilidad frente al impacto de las experiencias de violencia, promoviendo la generación de un vínculo afectivo y emocional con ellos y ellas, brindando entornos enriquecedores, seguros, predecibles y sensibles al trauma para que puedan crecer y desarrollarse de manera plena, pudiendo superar las experiencias y desplegar nuevas habilidades para la vida (Whittaker et al., 2017).

Este enfoque se sustenta en **seis principios** (SAMHSA): Seguridad; confianza y transparencia; colaboración y mutualidad; apoyo entre pares; empoderamiento y toma de decisiones; y cultura, historia y género[16]. Todos ellos rigen la práctica informada por el trauma y deben traducirse en un accionar sensible durante todo el proceso de acompañamiento, tanto con los niños, niñas, adolescentes, sus familias, las redes y el actuar del propio equipo.

Mirada Rizomática

Es posible utilizar la figura del **"Rizoma"** para graficar un nuevo modo de concebir los dispositivos de apoyo que brindan los programas sociales, en contraste con el pensamiento lineal tradicional. Su elección responde a la necesidad de que el modelo descrito en este documento **visibilice múltiples trayectorias para alcanzar los objetivos, reconociendo que la realidad y las características de cada niño, niña, adolescente y su familia son únicas y dinámicas**. Incorporar esta perspectiva invita a comprender los procesos de acompañamiento desde la diversidad y la singularidad, promoviendo la flexibilidad necesaria frente a patrones no predeterminados.

La teoría del rizoma fue elaborada por los filósofos Gilles Deleuze y Félix Guattari, y ha sido incorporada al cuerpo de conocimientos de distintas disciplinas, dentro de ellas las Ciencias Sociales. Específicamente, dicha teoría proviene del post–estructuralismo (constructivismo radical), y se define a partir de la idea de construir y re-construir procesos de transformación sin un orden lineal establecido, permitiendo comprender la horizontalidad de los dispositivos (Hernández, 2020). Centra su atención en la interacción entre elementos y su mutua influencia, y cómo crean una ruta que se moviliza y cambia durante su construcción. **El rizoma es un mapa y no un calco, ya que no es la reproducción o repetición de lo ya realizado, sino que es una cartografía en constante modificación, abierta, conectable y adaptable** (Deleuze y Guattari, 2002).

Por tanto, una mirada rizomática aporta la flexibilidad necesaria a los procesos de acompañamiento, favorece la participación, asumiendo el dinamismo y mutabilidad de los planes de intervención, pues sus límites se redefinen continuamente. En este sentido, se espera que dichos planes no sean estáticos ni necesariamente progresivos o secuenciales, sino que se mantengan expectantes a múltiples trayectorias posibles. **Lo rizomático implica que tanto el equipo integrado como los distintos participantes del Modelo recorran un camino nuevo y singular, sin una ruta predefinida**, pues ésta se co-construye, favoreciendo el encuentro y reconociendo a los actores como creadores de contenido más que como sujetos pasivos (Cruz y Rendón, 2023).

Se comprende esta perspectiva rizomática como un **aspecto transversal del Modelo Terapéutico Integrado, aunque adquiere su expresión más visible en la etapa de ejecución modular,** durante la cual los módulos de trabajo quedan disponibles para ser activados conforme a los apoyos requeridos por cada adolescente y su familia. Estos módulos pueden implementarse de manera simultánea y sin un orden preestablecido, dando lugar a un recorrido único e irrepetible, (descritos en el punto 6.4.3 "Ejecución Modular"). En las demás etapas, lo rizomático se expresa en la singularidad de cada proceso de acompañamiento terapéutico, en la co-construcción del PII-U y en la apertura permanente a revisar y ajustar los objetivos y sostenibilidad de los cambios, según el devenir de cada grupo familiar (adolescente y familia), recorriendo así una ruta irrepetible.

Para ello, es fundamental promover que los distintos niveles del Servicio incorporen esta perspectiva en los diversos procesos de gestión con los Colaboradores Acreditados, tales como la asistencia técnica, la supervisión técnica y la fiscalización de los proyectos que forman parte de este Modelo. Esto permitirá fortalecer la alineación institucional y asegurar una mayor coherencia en la implementación de este enfoque.

Promoción de equipos reflexivos

La promoción de equipos reflexivos constituye un eje fundamental y transversal del Modelo, orientado a**garantizar espacios colectivos permanentes de cuidado y aprendizaje** para quienes desarrollan procesos de acompañamiento en protección especializada. Estos espacios no se conciben únicamente como instancias de revisión de casos, sino como prácticas colaborativas que, de acuerdo con Paredes et al., 2024, permiten:

- Instalar el modelo de acompañamiento (función pedagógica);
- Establecer consensos frente a escenarios difíciles (función en la toma de decisiones);
- Identificar nuevos caminos para el abordaje de problemáticas (función reflexiva);
- Facilitar procesos de apoyo emocional y psicológico entre los miembros del equipo (función de apoyo), y/o
- Definir procesos de acompañamiento (función de priorización y secuencia).

De este modo, la promoción de **espacios reflexivos es concebida como un proceso de acompañamiento y guía para los equipos que llevan adelante el trabajo terapéutico, formalizando el trabajo con la "persona del terapeuta", desde un trabajo focalizado en la reflexión.**

La promoción de equipos reflexivos se sustenta en los modelos de supervisión con foco en lo reflexivo, los que vienen a dar un lugar al trabajo tanto con la persona que realiza el acompañamiento como con aquellos ámbitos que involucran la tarea, tales como el trabajo con los niños, niñas o adolescentes, las familias, el equipo y las instituciones (la red local). Se busca intencionar procesos que invitan a pensar y hacerse cargo "en equipo" del impacto producido por el trabajo, particularmente cuando se abordan situaciones de violencia, así como también de aquellos elementos que influyen en los propios procesos de acompañamiento.

La supervisión con foco reflexivo tiene por objetivo el facilitar el desarrollo de una meta visión sobre los procesos internos que transcurren producto del impacto generado por el trabajo, facilitando la creación de posibilidades y estrategias a nivel del equipo. En este contexto, se relevan los modelos de supervisión reflexiva, el modelo AMBIT (Tratamiento Integrativo Basado en la Mentalización Adaptativa - Anna Freud Center) y el modelo ARE del Servicio (Acompañamiento Reflexivo Especializado), como referencias conceptuales coherentes con el Modelo Terapéutico Integrado (Programa Terapéutico Integrado - Prevención Focalizada). Estas referencias, permiten la formación y mantención de equipos sensibles, articulados, colaborativos, mentalizadores y con prácticas reflexivas que posibiliten un ambiente de cuidado bien tratante, y que incluso bajo condiciones de estrés elevado habituales en estos sistemas, contribuyen a mantener por parte del equipo la capacidad de reflexionar (Universidad de Chile, 2025).

La supervisión reflexiva en el marco de este Modelo busca desarrollar un proceso de aprendizaje que tiene a la base una relación de colaboración entre los actores que explore, tanto las acciones concretas como los factores que la condicionan: emociones, asunciones, las relaciones de poder y el contexto donde se desarrolla el acompañamiento (Earle et al., 2017). La principal estrategia es utilizar la reflexión como una manera de re-pensar los procesos que ocurren a nivel interno en quienes acompañan procesos, evitando la toma de decisiones apresuradas y favoreciendo los procesos reflexivos.

El modelo AMBIT por su parte, está orientado a facilitar el proceso reflexivo de equipos que abordan poblaciones que en ocasiones se resisten o rechazan el acompañamiento. Este enfoque plantea que todos perdemos temporalmente nuestra capacidad de mentalizar, y debido a ello, lo importante es tomar conciencia de cuándo dejamos de hacerlo y cómo podemos recuperarla (Dangerfield, 2024). Este modelo utiliza la mentalización como principal estrategia para pensar el acompañamiento al equipo, guiándolo a identificar procesos mentales que dificultan el desarrollo de estrategias vinculares y de red de soporte, con el fin de redefinir estas estrategias[17].

Por su parte, **el Modelo de ARE** del Servicio (2024)[18], ofrece una propuesta metodológica diseñada para posicionar una nueva mirada sobre los procesos de acompañamiento, incorporando una "reflexión para la acción en protección especializada" que incluye activamente a los sujetos que intervienen, la comprensión de sus actuaciones y con esto la mejora continua de la práctica profesional (SPE, 2024).

Los anteriores marcos referenciales, además de los enfoques colaborativo-dialógico propuesto por Harlene Anderson (Anderson, 2012), los equipos reflexivos de Tom Andersen (Andersen, 1994) y las prácticas narrativas de White y Epson (1993)[19], contribuyen al fortalecimiento del sentido colaborativo entre los miembros del equipo, la coherencia ética de la práctica profesional, reconociendo el impacto de trabajar con experiencias de sufrimiento, violencia y trauma, y a evitar el desgaste profesional, por lo que resulta pertinentes disponer de espacios que permitan procesar, integrar y resignificar dichas vivencias**. Así, la reflexión se convierte en una forma de cuidado: pensar** colectivamente lo vivido ayuda a recuperar la calma, la perspectiva y la capacidad de empatía, lo cual repercute en la calidad del acompañamiento que se ofrece a los niños, niñas, y particularmente a los y las adolescentes y sus familias.

Para hacerse cargo del mencionado proceso reflexivo, junto con la figura del director/a, quien también tiene el rol de guía en éste, el Modelo Terapéutico Integrado cuenta con un **Promotor/a de Equipos Reflexivos**, quien acompaña, asesora y guía técnicamente al Equipo Integrado desde un acompañamiento que promueva una **práctica reflexiva**[20], la que invita a la escucha, análisis y retroalimentación en el interior del equipo, mediante reuniones periódicas y otras metodologías *ad hoc*, lo cual se desarrolla en el apartado "Estrategia a nivel de equipo del modelo para la ejecución de las etapas". Cabe señalar que el rol del Promotor/a no tiene una función evaluativa, administrativa, ni de control, a fin de favorecer los procesos reflexivos, la mentalización y la sensibilidad terapéutica incluso bajo condiciones de alta demanda propias de los sistemas de protección.

De este modo, además, se propende abordar algunas de las **barreras a la reflexividad** ampliamente señaladas en la literatura, tales como la fatiga por compasión, la traumatización vicaria y el estrés traumático secundario, los cuales tienden a disminuir la capacidad reflexiva del equipo, afectar la toma de decisiones y erosionar el sentido de eficacia profesional, por lo que cobra aún más sentido la propuesta de instalar la reflexividad como práctica en el equipo del Modelo.

Finalmente, cabe mencionar que los elementos del marco hasta aquí señalados se complementan con el documento **"Enfoques Transversales",** el cual incluye los enfoques de: derechos humanos, derechos de la niñez y adolescencia, participación, interculturalidad, inclusión, género, curso de vida, territorial y redes[21], además de la Política para el Abordaje de la Diversidad Sexual y de Género del Servicio que esté vigente, los cuales deben permear los procesos de acompañamiento con los niños, niñas y adolescentes, sus familias, y las redes comunitarias e intersectoriales.

6.3. COMPONENTES

Cabe recordar que la estructura, contenidos y actividades específicas de los **componentes, tienen a la base los elementos del Marco Técnico del Modelo**; estos son: acompañamiento terapéutico; enfoque informado por el trauma; mirada rizomática; supervisión con foco en lo reflexivo, y los enfoques transversales del Servicio.

Tanto los componentes, como las respectivas dimensiones y módulos del Modelo, que se explicitarán más adelante, buscan que el trabajo a desarrollar se realice de manera simultánea y complementaria, favoreciendo una gestión que evite la centralización de ciertas dimensiones o una sobre atención del acompañamiento del equipo. En este sentido, se promueve una articulación dinámica bajo una lógica rizomática, que reconoce la multiplicidad de trayectorias y conexiones entre los distintos aspectos del Modelo.

En términos generales, es pertinente indicar que **los componentes del Modelo tienen un foco importante en abordar las trayectorias de polivictimización, a partir de una mirada multidimensional que aporte a la reparación**, desde una perspectiva en el protagonismo de los y las adolescentes, sus familias y comunidades. Al mismo tiempo, se trabaja sobre aquellos factores protectores y de riesgo que permitan a los participantes egresar con sus recursos fortalecidos, mejorando sus vínculos familiares y/o con mayores habilidades para desarrollar una autonomía responsable.

El **Modelo Terapéutico Integrado** presenta una estructura muy clara y organizada: solo un objetivo general, objetivos específicos por cada programa, y donde cada objetivo específico se despliega en componentes, dimensiones y módulos. Los **módulos** se configuran en **prestaciones concretas** que brinda el Modelo, y están directamente vinculadas a la ejecución del **Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U)**.

En otras palabras:

- Los **componentes** son los grandes ejes temáticos.
- Las **dimensiones** son los ámbitos específicos dentro de cada componente.
- Los **módulos** son las acciones concretas, las prestaciones que materializan el proceso de acompañamiento terapéutico.

Si bien, los componentes tienen el mismo nivel de importancia formal, dos de ellos funcionan como **pilares transversales** que sostienen todo el proceso: **Entornos Seguros** y **Articulación Intersectorial y Comunitaria**. Lo anterior, por cuanto, **Entornos Seguros** garantizan que los niños, niñas y adolescentes y sus familias puedan recibir acompañamiento en espacios libres de violencia, discriminación o riesgo. Son la base para que cualquier acompañamiento tenga sentido y la **Articulación Intersectorial y Comunitaria** asegura que el trabajo se conecte con redes, instituciones y la comunidad, generando continuidad y apoyo real.

Desde el **enfoque rizomático**, cada plan de intervención y sus prestaciones son **únicos**, adaptados a las necesidades, características e intereses de cada adolescente y su familia. Esto significa que el modelo no es lineal ni rígido, sino flexible y personalizado. Los módulos funcionan como "ramificaciones" que se activan según lo que cada caso requiere, manteniendo la coherencia con los componentes y dimensiones del objetivo específico. A continuación, se presenta la panorámica global del Modelo Terapéutico Integrado:

Gráfica N° 5 Resumen Modelo Terapéutico Integrado: objetivos, componentes, dimensiones y módulos.

<table>
<tr><td colspan="4">Objetivo General del Modelo Terapéutico Integrado:
Contribuir a la reparación de las trayectorias de polivictimización en niños, niñas y adolescentes, considerando sus contextos familiares y territoriales.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Programa Terapéutico Especializado</td></tr>
<tr><td>Objetivos Específicos</td><td>Componentes</td><td>Dimensiones</td><td>Módulos</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1. Generar espacios protectores para la disminución de factores de riesgo de niños, niñas y adolescentes.</td><td rowspan="2">Entornos Seguros</td><td>Puertas Abiertas</td><td>"Espacio de Seguridad y Encuentro Intergeneracional"</td></tr>
<tr><td>Gestión de Riesgos</td><td>"Promoción del Bienestar y Autocuidado"</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2. Desarrollar procesos de acompañamiento terapéutico con el niño, niña o adolescente para el abordaje de sus trayectorias de polivictimización.</td><td rowspan="2">Abordaje de las trayectorias de polivictimización</td><td>Integración del Trauma</td><td>"Cartografía Personal"</td></tr>
<tr><td>Agencia Personal, de acuerdo con su autonomía progresiva</td><td>"Mi Brújula"</td></tr>
</table>

3 . Realizar procesos de acompañamiento terapéutico con la familia o persona adulta significativa para el desarrollo de prácticas de cuidado de los niños, niñas o adolescentes.	Fomento de Prácticas de Cuidado	Fortalecimiento de Vínculos Familiares o significativos	“Vínculos que Transforman”
		Abordaje de la Violencia Intergeneracional	“Mis Raíces de Cuidado”
4 . Fortalecer la vinculación de los niños, niñas, adolescentes y familias con redes intersectoriales y comunitarias.	Articulación Intersectorial y Comunitaria	Inserción y vinculación del Modelo con el territorio	“Redes que Cuidan”
		Acceso de adolescentes y familias con recursos del territorio	“Territorios que Acompañan”
Programa Prevención Focalizada			
Objetivo Específico	**Componente**	**Dimensiones**	**Módulos**
1. Fortalecer el desarrollo de habilidades ocupacionales y educativas del niño, niña o adolescente, en un proceso que promueva su participación y el involucramiento de su familia y comunidad.	Fortalecimiento de Recursos para la autonomía responsable	Acompañamiento para el desarrollo de habilidades ocupacionales.	“Camino hacia la autonomía responsable”
		Acompañamiento para el desarrollo de habilidades educativas.	“Puente a los aprendizajes”

Como ya se ha señalado, el Programa Terapéutico Especializado, como parte del Modelo Terapéutico Integrado está dirigido a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años y sus familias. Sin embargo, considerando las características de las trayectorias marcadas por situaciones de polivictimización, los procesos de acompañamiento se focalizan principalmente en adolescentes. Por esta razón, en el presente documento se hace referencia predominante a adolescentes, lo cual no implica en ningún caso la exclusión de niños y niñas de otras edades y se deberán realizar las adecuaciones pertinentes toda vez que se requiera de modo de dar respuestas acertadas a todo grupo etario.

En los siguientes apartados se desarrollan cada uno de los componentes con sus respectivas dimensiones del Programa Terapéutico Especializado, puesto que los Módulos se explicitan en el punto 6.4.3 denominado “Ejecución Modular”.[22]

6.3.1. Componente Entornos Seguros

Objetivo:

Generar espacios protectores para la disminución de factores de riesgo de niños, niñas y adolescentes

Aspectos Centrales:

El componente Entornos Seguros se constituye en **uno de los pilares transversales del Modelo Terapéutico Integrado,** que está presente en todo el proceso de acompañamiento de los y las adolescentes y sus familias**.** Se concibe como un espacio físico y emocional seguro, del cual son responsables los **tutores/as terapéuticos en estrecha colaboración con el equipo integrado,** que ofrece un marco estable de protección y confianza. Este marco facilita la participación activa en procesos de aprendizaje, la construcción de nuevas formas de vinculación y la integración sociofamiliar y comunitaria, sosteniendo experiencias reparadoras en lo cotidiano.

Este componente se despliega tanto en las dependencias del Proyecto como en los espacios cotidianos donde los y las adolescentes y sus familias desarrollan sus vidas, reconociendo que la reparación y el fortalecimiento de factores protectores ocurren en múltiples dimensiones de la vida, más allá del ámbito institucional. **La noción de piso de seguridad resulta esencial en contextos de polivictimización**, sobrecarga parental, alta exigencia y violencia intergeneracional, ya que permite el desarrollo progresivo de procesos terapéuticos orientados a restaurar la dignidad, fortalecer la agencia y promover la reconstrucción de la historia personal y familiar, desde el respeto y la autonomía. La alianza terapéutica con las familias constituye el primer peldaño para avanzar en procesos de reparación y fortalecimiento de los vínculos con los y las adolescentes.

En concordancia con lo anterior, se busca que adolescentes y familias vivencien el Programa como un espacio integrador, confiable y no juzgador, donde se desarrollen actividades acordes al ciclo vital e intereses, se entrenen nuevas formas de regulación emocional en lo cotidiano y se fortalezcan vínculos con pares y adultos. La alianza terapéutica se construye desde la presencia constante, la escucha activa y la validación de la experiencia subjetiva, sosteniendo relaciones seguras, empáticas y consistentes, incluso en momentos de tensión o crisis, facilitando procesos reflexivos.

Se adopta un enfoque informado por el trauma, lo cual se traduce en una mirada sensible del impacto de las experiencias traumáticas en la vida de los y las adolescentes. Esto supone reconocer cómo dichas experiencias configuran sus conductas, vínculos y narrativas, respetando sus tiempos, resistencias y formas de expresión, mostrando a su vez, un interés genuino por sus motivaciones, malestares y espacios cotidianos, identificando también, tanto fuentes de riesgo como entornos protectores. Asimismo, se reconoce la importancia de convocar a las familias y/o adultos significativos, muchos de ellos con trayectorias marcadas por la violencia y el trauma intergeneracional, permitiendo comprender estas historias sin naturalizar situaciones de riesgo, invitando a revisar las prácticas de crianza desde la comprensión y el respeto.

Finalmente, el despliegue del componente Entornos Seguros, toma elementos del *Modelo CARE: Creating Conditions for Change*, desarrollado por Martha Holden y su equipo en la Universidad de Cornell (2023), para organizarse en dos dimensiones complementarias: Puertas Abiertas y Gestión del Riesgo, que en conjunto configuran el piso de seguridad necesario para facilitar procesos reparatorios y fortalecimiento de los vínculos familiares.

Dimensión: Puertas Abiertas

La Dimensión Puertas Abiertas constituye un espacio inclusivo, protegido y reparador, concebido como piedra angular del acompañamiento terapéutico. Se entiende como u n **entorno físico y emocional seguro que brinda a adolescentes y sus familias confianza, previsibilidad y oportunidades formativas en lo cotidiano,** disminuyendo la exposición a riesgos y habilitando experiencias de desarrollo. En este lugar se promueve la vivencia de relaciones afectuosas, aprendizajes significativos y la reconstrucción de vínculos mediante la resignificación de narrativas personales.

Esta Dimensión se concibe como un espacio de encuentro y participación para los y las adolescentes que fomenta la inclusión social, bienestar y fortalecimiento de sus recursos personales, habilitando procesos reparatorios. Brinda un marco de seguridad emocional que reduce la incertidumbre, favorece la regulación emocional y reconoce la historia, resistencias y potencialidades. A su vez, se promueve la flexibilidad de estrategias de acompañamiento como vía para explorar distintas versiones de la propia historia y reconstruirla progresivamente desde la autonomía, mediante la utilización de metodologías narrativas, lúdicas y corporales, entre otras.

Para los y las adolescentes la pertenencia a un colectivo se reconoce como altamente reparadora frente a trayectorias marcadas por múltiples victimizaciones y por la fragilidad o ausencia de vínculos de apoyo adulto, puesto que las experiencias traumáticas se vivieron, usualmente, en solitario, experimentando sentimientos de culpa, vergüenza, impotencia, rabia, sin contar con un entramado afectivo que los o las sostuvieran.

La convivencia cotidiana en contextos de alta vulnerabilidad puede generar tensiones o conflictos, por ello, Puertas Abiertas se plantea como un espacio formativo que modela formas saludables de resolución de conflictos, evitando respuestas reactivas y favoreciendo aprendizajes relacionales. La satisfacción de necesidades básicas -alimentación, vestuario, higiene y descanso- se entiende como parte del proceso reparatorio y como derecho fundamental, no desde una lógica asistencial, sino como condición que abre posibilidades de vínculo y participación.

En el plano familiar, Puertas Abiertas busca **favorecer la alianza con adultos de la familia o cuidadores, promoviendo encuentros respetuosos y graduales que permitan reconstruir vínculos desde la responsabilidad parental/marental y el reconocimiento mutuo**. Se valora la trayectoria y las capacidades de cuidado de las familias, evitando exigencias que desborden sus posibilidades actuales. La participación de figuras de la familia de origen, extensa o de otros adultos cuidadores amplía la

red de seguridad y fortalece las prácticas de cuidado. Lo anterior se realiza de manera coordinada con los o las terapeutas especializados que están realizando los acompañamientos terapéuticos con los y las adolescentes y sus familias.

Asimismo, Puertas Abiertas se constituye también, en un **espacio de encuentro intergeneracional** entre adolescentes y sus familias, generando momentos de comunicación positiva, cooperación y reconocimiento mutuo desde el disfrute y la experiencia compartida, más que desde la exigencia o la formalidad, desarrollando en conjunto actividades artísticas, culturales, recreativas, de servicio a la comunidad, de recuperación de la historia barrial, entre otras.

Finalmente, esta Dimensión se proyecta como un espacio integrador y confiable, destinado tanto a adolescentes como a sus familias. Representa una alternativa segura frente a entornos de riesgo, fomenta nuevas formas de vinculación y ofrece oportunidades de reparación relacional. Favorece la reparación de experiencias traumáticas, en coherencia con la restitución de derechos y el fortalecimiento de la dignidad.

Dimensión: Gestión de Riesgos

Las experiencias de polivictimización afectan de manera profunda el desarrollo integral y la salud mental de los y las adolescentes, como se describió extensamente en el apartado conceptual. En contextos hostiles, muchas de sus conductas riesgosas -como el consumo de sustancias, la vida en la calle, o la transgresión de normas- deben comprenderse como intentos de autoprotección e impactos del trauma complejo, e incluso como de búsqueda de identidad, autonomía y pertenencia que son parte de la etapa adolescente. Estas trayectorias generan heridas emocionales que deterioran la capacidad de confiar y vincularse, dificultando la regulación afectiva, la construcción de vínculos significativos y la proyección hacia el futuro.

La gestión del riesgo no se limita a prevenir daños, sino que **implica reconocer cómo las condiciones del entorno, los vínculos deteriorados y las experiencias traumáticas configuran escenarios de vulnerabilidad**. Se concibe como la apertura de oportunidades de protección y reparación, habilitando caminos hacia la resiliencia y la reconstrucción de la confianza. En este marco, resulta fundamental ofrecer experiencias emocionales que permitan a los y las adolescentes aprender a confiar y beneficiarse de relaciones saludables, promoviendo una atmósfera de confianza epistémica que restablezca su capacidad de agencia y esperanza (Dangerfield, 2020).

En síntesis, la Gestión del Riesgo se proyecta como un espacio formativo y terapéutico que involucra tanto a los y las adolescentes como a sus familias, desplegándose en las distintas dimensiones de la vida cotidiana. De este modo, se promueve que los tutores/as terapéuticos desarrollen acciones para entregar herramientas que les permitan a los participantes **identificar situaciones de riesgo y cómo abordarlas.** Así también, trabajar a mediano plazo en estrategias preventivas de dichas conductas.

Por otra parte, es crucial que los tutores/as terapéuticos conozcan y comprendan la **movilidad territorial de los y las adolescentes** -quienes suelen presentar intermitencia en su participación- favoreciendo de esta manera, la reconexión permanente de éstos/as con el Modelo, activando de ser necesario, los dispositivos del intersector para asegurar su bienestar integral. Asimismo, aportarán con la identificación de factores protectores y de riesgo, a fin de nutrir el proceso de elaboración de los Planes de Seguridad que se abordan en el siguiente componente.

6.3.2. Componente Abordaje de trayectorias de polivictimización

Objetivo:

Desarrollar procesos de acompañamiento terapéutico con el niño, niña o adolescente para el abordaje de sus trayectorias de polivictimización.

Aspectos Centrales:

Este componente es de responsabilidad de los o las terapeutas especializados/as (trabajador/a social y psicólogo/a), quienes desarrollan el acompañamiento al o la adolescente en co-terapia y siempre en coordinación con tutores/as terapéuticos y gestores/as del Programa Prevención Focalizada.

Para su despliegue, resulta indispensable que el o la adolescente cuente con condiciones básicas de seguridad que le permitan estar y sentirse protegido/a, con la confianza necesaria para avanzar en procesos de revisión de sus experiencias de polivictimización, iniciar procesos de elaboración del trauma y fortalecer su agencia personal. Estas condiciones son provistas, principalmente, por el componente “Entornos Seguros”, reconocido, como uno de los pilares transversales del Modelo Terapéutico Integrado y transversal a todo el proceso de acompañamiento de adolescentes y sus familias.

Contar con condiciones básicas de seguridad no significa que todos los aspectos proteccionales o de restitución de derechos deban estar completamente resueltos antes de comenzar a procesar las experiencias traumáticas, puesto que se van abordando de manera paralela y complementaria durante todo el proceso. Lo que sí se requiere es una base mínima para los y las adolescentes, que les permita estar y sentirse protegidos/as y con apertura para revisitar eventos dolorosos, procesarlos paulatinamente e integrarlos a sus vidas.

-

A continuación, se presentan algunas condiciones mínimas de seguridad que el Modelo debe considerar para iniciar el abordaje de las trayectorias de polivictimización. Estas no constituyen requisitos rígidos ni aspectos que deban encontrarse plenamente resueltos, sino elementos prioritarios que permitan valorar si existen las condiciones necesarias para avanzar en procesos de elaboración de experiencias traumáticas. Su relevancia radica en que proporcionan una base de protección y estabilidad desde la cual el niño, niña o adolescente pueda participar en el acompañamiento terapéutico sin exponerse a riesgos adicionales de desregulación o revictimización.

En este sentido, el equipo integrado analiza, de manera situada y en conjunto con el niño, niña o adolescente, su familia y las redes involucradas, aspectos tales como: la existencia de condiciones mínimas de protección frente a nuevas vulneraciones; la presencia de figuras adultas significativas disponibles para acompañar el proceso; la estabilidad de los contextos de cuidado y residencia; el acceso a prestaciones y apoyos necesarios para el ejercicio de derechos; la capacidad de regulación emocional suficiente para afrontar contenidos potencialmente dolorosos; y la disposición del niño, niña o adolescente para participar en el proceso terapéutico. La ponderación de estos elementos deberá realizarse considerando su etapa del desarrollo, sus experiencias de victimización, los factores contextuales presentes y los recursos protectores disponibles.

Gráfica N° 6: Condiciones básicas de seguridad



Cabe señalar que estas condiciones no deben comprenderse como estados estáticos ni como prerrequisitos absolutos para la intervención terapéutica. Por el contrario, constituyen referentes orientadores que son evaluados y fortalecidos progresivamente durante todo el proceso de acompañamiento, en articulación con los distintos componentes del Modelo Terapéutico Integrado. De ahí la importancia de trabajar de manera colaborativa y en estrecha sintonía con los tutores/as terapéuticos/as, quienes son los responsables de la ejecución del componente “Entornos Seguros”, con la colaboración del equipo integrado, el cual debe ser considerado de forma permanente durante toda la participación de los y las adolescentes en el Programa. **Lo mismo ocurre con los enfoques transversales, especialmente los de curso de vida y género,** que resultan imprescindibles para orientar los procesos terapéuticos. Estos enfoques deben estar presentes tanto en las metodologías que se implementan como en la comprensión de las trayectorias de victimización y su configuración como experiencias traumáticas. De no considerarlos, se corre el riesgo no solo de generar acompañamientos que no sintonicen con los y las adolescentes, sino que, además, profundicen las vulneraciones de derechos, incurriendo en situaciones de

revictimización, o bien, reproducir inequidades, sesgos o estereotipos de género.

Este componente brinda a cada adolescente la posibilidad de contar con un **proceso personalizado,** donde pueda expresarse libremente y dar cuenta de aquellas situaciones y pensamientos que para él o ella tiene mayor relevancia, siendo muy respetuosos/as de sus ritmos, formas de expresarse y límites. Los y las terapeutas deben tener siempre presente el Enfoque informado por el Trauma, para desde ese lente mirar sus conductas, silencios, enojos, desconfianzas, siendo muy cuidadosos en el abordaje de temas que pudieran desestabilizarlos emocionalmente, requiriendo estar atentos/as a las sutilezas, desde una postura geniuda de interés por sus vidas.

El trabajo comienza en este componente con procesos de acompañamientos individuales, orientados a comprender la trayectoria de polivictimización, así como el impacto subjetivo que estas experiencias han tenido en sus vidas y en sus relaciones interpersonales. Estos espacios constituyen una instancia crucial para la creación de un contexto relacional seguro, gratificante, mediante el establecimiento de **una alianza terapéutica**[23] basada en la confianza, el respeto, la empatía y la estabilización emocional. Esta alianza constituye en un elemento central para el éxito de la práctica terapéutica.

En contextos de abordaje de polivictimización, este proceso adquiere una significancia particular, ya que permite ofrecer un espacio seguro donde el o la adolescente puede expresar sus vivencias, explorar sus emociones y comenzar un proceso de reparación subjetiva. Las metodologías por emplear, como aquellas basadas en lo narrativo, arteterapia, Mindfulness, entre otras que se ajusten a sus particularidades, deben respetar sus tiempos, formas de expresión y necesidades específicas.

Desde una mirada rizomática, son las características, necesidades e intereses del o la adolescente las que van marcando el ***cómo*** se abordan las trayectorias de polivictimización, habilitando rutas flexibles y nodos temáticos que se activan según la dinámica relacional y emocional del proceso terapéutico.

Por su parte, dentro de los efectos que tiene el trauma complejo en diversos ámbitos de la vida del o la adolescente -abordado previamente en el apartado conceptual-, la dificultad para establecer relaciones con otros/as, fractura la posibilidad de confiar y de beneficiarse de las interacciones sociales, lo cual sustenta que sea altamente positivo participar de espacios grupales para elaborar el trauma, como también, de incluirse en distintas instancias comunitarias e institucionales que les permita compartir con pares y retomar sus trayectorias de desarrollo. Estas últimas acciones se realizan en coordinación con los gestores/as ocupacionales y educativos del Programa Prevención Focalizada.

Es relevante destacar que, los espacios terapéuticos antes señalados no se limitan exclusivamente a acciones realizadas en las dependencias del Programa, entendiendo que, si bien, éstas son necesarias, no resultan suficientes para el desarrollo del trabajo desde este Modelo. Por ello, el trabajo terapéutico también puede desarrollarse en ***lo cotidiano***, tales como el hogar, espacios barriales o aquellos donde realizan sus actividades diarias los y las participantes, entre otros. Estos acompañamientos, al situarse en contextos significativos, favorecen la conexión con la experiencia del adolescente y potencian el proceso de reparación subjetiva, resguardándose que sea un espacio cómodo para él o ella y no ponga en riesgo la seguridad personal del equipo profesional.

En cuanto a la articulación de los procesos de acompañamiento, **el equipo de terapeutas especializados debe estar conformado por un trabajador/a social y un psicólogo/a, siendo responsables de la implementación de los componentes "Abordaje de Trayectorias de Polivictimización y de "Fomento de Prácticas de Cuidado" en modalidad de co - terapia**[24] . Ello significa que ambos profesionales trabajan de manera conjunta con el o la adolescente y su familia, en coordinación con el equipo a cargo del acompañamiento, generando sintonía y evitando la sobreintervención dentro del Modelo.

Cabe señalar, que las metodologías para desplegar este componente son diversas, fomentando espacios personales y grupales. Y si bien el componente está principalmente dirigido al adolescente, se pueden incluir en sesiones a la familia y/o a adultos/as cuidadores/as. También, es importante considerar en el diseño de estas metodologías las opiniones de los tutores/as terapéuticos, como también, los gestores educacional y ocupacional. Cuando los y las terapeutas, evalúen que el o la adolescente pueda beneficiarse de espacios grupales, le propone participar en ellos, pudiendo desarrollarse de manera paralela y/o complementaria, o posterior al acompañamiento individual, e incluso pausarse y luego retomarse.

Este componente se puede **desplegar de manera complementaria con el componente denominado "Articulación Intersectorial y Comunitaria"**, de manera que los y las adolescentes accedan a las prestaciones del sistema de garantías y otros soportes del territorio, aportando a su ejercicio integral de derechos.

Por último, el componente considera dos dimensiones; **Integración del Trauma Complejo y Agencia Personal**, las cuales se desarrollan a continuación:

Dimensión: Integración del Trauma Complejo

Se propone abordar esta dimensión desde los postulados de los Modelos de Tratamiento basados en la Mentalización. En este marco, mentalizar el trauma implica "reflexionar sobre su impacto psicológico y relacional, elaborando las experiencias traumáticas de manera coherente en el plano cognitivo, sin perder la conexión emocional. Supone la capacidad de identificar estados mentales vinculados al trauma, reconocer que la experiencia pudo ser abusiva o negligente y comprender sus repercusiones en el desarrollo. Al mismo tiempo, exige tomar conciencia de estos efectos para evitar recrear o repetir la vivencia traumática" (Bateman, 2023 en García, 2025, p.3).

Promover procesos de acompañamiento terapéutico desde de la mentalización, significa reconocer que los y las adolescentes con trayectorias de polivictimización suelen presentar una sobreactivación del sistema de apego, ya que ante situaciones percibidas como amenazantes, no han contado con una figura adulta cuidadora que les brinde seguridad y protección, produciéndose una paradoja: ante un evento estresante se busca apoyo en una figura de apego, pero esa misma figura representa una amenaza. Para enfrentar esta paradoja, el o la adolescente tiende a "desactivar" su capacidad de mentalizar y cuando este mecanismo se vuelve un patrón, aparecen dificultades para identificar y confiar en las propias emociones; problemas en el establecimiento de relaciones interpersonales; hipersensibilidad a señales de rechazo y dificultades en la regulación emocional. Todos estos elementos son necesarios de tener a la vista en los procesos de acompañamiento con adolescentes.

En este escenario, la **confianza epistémica**, concepto desarrollado por Fonagy (2014), resulta fundamental para comprender el trabajo terapéutico, referido al tipo específico de confianza necesaria que favorece la disposición de aprender del otro/a, especialmente en lo relativo al aprendizaje de competencias sociales. Se trata de una forma particular de confianza, cuyo elemento esencial es la apertura para considerar que el conocimiento y la información transmitida por otros seres humanos son fiables (Dangerfield, 2017).

En sintonía con Fonagy, Dangerfield, (2017) a partir de su trabajo con adolescentes afectados por distintos tipos de violencia, señala que éstos/as suelen tener dañada su capacidad de aprender de la experiencia emocional con otros/as, mostrándose inflexibles; rígidos ante el cambio; rara vez piden ayuda y, en muchos casos, se resisten a las intervenciones. Frente a ello, los equipos suelen errar al intentar modificar directamente la forma de pensar o sentir de ellos y ellas. Desde las prácticas centradas en la mentalización, lo primero es preguntarse qué se debe cambiar en la propia mente para poder llegar al o la adolescente "que no espera nada bueno de una relación con un adulto" (p.16). De este modo el autor plantea que la "tarea principal es tratar de ofrecer una relación donde puedan tener la experiencia de alguien que está genuinamente interesado en ellos, alguien que tiene su mente en mente, que les hace sentir que ellos importan como seres humanos, tratando de responder de forma contingente en un amplio abanico de situaciones diferentes" (p.16).

La postura del terapeuta requiere las siguientes competencias (Bateman, Bales y Hutsebaut, 2012, en Wiwe & Vrova, 2021)

Gráfica 7: Competencias del terapeuta especializado



En síntesis, el proceso de acompañamiento comprende el establecimiento de la confianza epistémica, la estabilización emocional, reconexión social, el procesamiento del trauma y la generalización de los aprendizajes a otras experiencias vitales.

Dimensión: Agencia Personal

En la adolescencia, se presenta en conjunto con las transformaciones biológicas, fuertes expectativas socio culturales respecto de una mayor autonomía, un aumento de las exigencias de rendimiento escolar y social, como también de su agencia personal, que conducen a un aumento del estrés e intensificación de la sensibilidad al fracaso, lo cual se profundiza en la población que ha experimentado trauma complejo.

La **Agencia Personal** se entiende, en términos generales, como la capacidad de actuar de manera intencionada, tomar decisiones propias y evaluar sus consecuencias, influir en el entorno y en los sistemas sociales, así como en el propio desarrollo. Implica reconocerse como protagonista de la propia vida, establecer metas, identificar valores y ejercer la posibilidad de elegir cómo responder ante las situaciones cotidianas (Bandura, 2001; Kagitcibasi, 2005; Sen, 1985). Esta capacidad puede verse afectada en adolescentes expuestos a **estrés crónico** y que, de manera sostenida, no han contado con cuidadores/as que favorezcan su desarrollo. En estos casos, suelen experimentar sentimientos de culpa y vergüenza, lo que impacta negativamente en su confianza hacia los demás, en su entorno y en sí mismos/as (Rossouw et al., 2021).

Se propone abordar esta dimensión desde los planteamientos de los Modelos de Tratamiento basados en la Mentalización para Adolescentes (Rossouw, T. I., & Fonagy, P. 2012; Sharp y Rossouw, 2024) y elementos del Tratamiento para Sobrevivientes de abuso Infantil y Trauma Interpersonal, Terapia narrativa STAIR (Cloitre et al., 2020).

Orientar un trabajo hacia la agencia personal, favorece que el o la adolescente adquiera y fortalezca su capacidad de ser protagonista de su vida, a través de sus propias acciones, pensamientos y emociones, constituyéndose ésta en la fuente principal de cambio y de sanación. Así, se busca fomentar progresivamente conductas más autónomas, reflexivas y auto eficaces, en un contexto interpersonal que le permita entrenar o adquirir nuevas habilidades en un ambiente protegido (Rutter, 1999).

Estudios realizados por Hauser et al., 2006, en Rossouw et al., 2021 con jóvenes con alto funcionamiento social y emocional, mostraron que dentro de los factores protectores relevantes se encontraba el **sentido de agencia**, entendida como la sensación de ser eficaz y responsable de las propias acciones, además, de la capacidad de reflexionar acerca de los propios sentimientos y motivaciones, como también, la capacidad de reflexionar sobre la mente de los demás. Asimismo, Cloitre et al., 2020 aporta que cuando **el o la adolescente recupera el sentido de control sobre su vida, a través de narrativas alternativas que fortalecen su autonomía y posibilidad de tomar decisiones, recuperan la capacidad de** ser protagonista de la propia historia, incluso después de experiencias traumáticas.

En definitiva, promover la agencia personal fortalece los recursos personales, promueve el reconocimiento y la expresión de emociones, la conciencia de la capacidad de influir en el propio bienestar, reconocerse como una fuente activa de acción, lo que contribuye a mejorar las habilidades sociales, la autorregulación de sus conductas y la auto eficacia.

6.3.3. Componente Fomento de Prácticas de Cuidado

Objetivo:

Realizar procesos de acompañamiento terapéutico con la familia o adulto/a cuidador/a para el desarrollo de prácticas de cuidado de los niños, niñas o adolescentes.

Aspectos centrales:

La responsabilidad del presente componente recae en los **terapeutas especializados/as**, quienes desarrollan procesos de acompañamiento en co-terapia junto al resto del equipo a cargo del proceso del o la adolescente y su familia, asegurando un trabajo articulado y coordinado con tutores/as terapéuticos y gestores/as (educacional y ocupacional), éstos últimos, correspondientes al Programa Prevención Focalizada. Tal como se señaló en el componente anterior, el equipo de terapeutas especializados debe estar conformado por un/a **trabajador social** y un **psicólogo/a**, quienes trabajan, tanto con el o la adolescente, como con su familia, generando sincronía en los procesos de acompañamiento y claridad respecto de sus referentes terapéuticos.

El despliegue de este componente supone un desafío para el equipo, dado que la etapa adolescente se caracteriza por la búsqueda de autonomía respecto de padres y madres en la construcción de la identidad, así como por la desconfianza hacia el mundo adulto derivada de experiencias traumáticas. Esto no impide el trabajo con las familias, pero exige sensibilidad frente a las trayectorias vitales y reconocimiento de los esfuerzos de los adultos por sostener prácticas de cuidado, evitando sobrecargarlos en un contexto donde suelen sentirse altamente demandados y cuestionados.

Cabe recordar, según lo expuesto en el apartado conceptual, l**as familias no se constituyen solamente por lazos sanguíneos, sino que se construyen a partir de la articulación de sistemas de cuidado que se sostienen en el tiempo**, pudiendo adoptar múltiples formas en cuanto a su composición; siendo esencial que prevalezcan los vínculos afectivos permanentes, la protección y el cuidado de los y las adolescentes.

Dado el contexto de alta exigencia que enfrentan las familias es factible que en muchos casos no sea posible trabajar con todos los integrantes que la componen, sino especialmente con una figura adulta de dicho entorno. Al respecto, es fundamental evitar sesgos de género que incrementen las exigencias o responsabilidades hacia figuras femeninas o invisibilicen a las masculinas.

El primer paso de los y las terapeutas consiste en identificar a las figuras adultas disponibles para el trabajo, ampliando la búsqueda a la red familiar o comunitaria vinculada con el o la adolescente, cuando los padres y/o madres se encuentren inhabilitados por resolución judicial o no estén disponibles para el acompañamiento. Para efectos del presente Modelo, esta figura se denomina **"adulto/a cuidador/a"**, definido como una figura de referencia protectora, vinculada afectivamente con el o la adolescente, brindando seguridad y acompañamiento, configurándose como soporte vital estable en su trayectoria, presentando disponibilidad para participar en el proceso de acompañamiento terapéutico.

Por otra parte, se podrán sumar al proceso, otras figuras adultas, que sean **"significativas"** para el o la adolescente, quienes cumplen un rol de referente emocional,

brindando apoyo y seguridad, aunque no estén a cargo de sus cuidados como puede ser un/a profesor/a, líder comunitario, vecino/a, entre otros.

Luego de despejar quién asumirá y participará del acompañamiento, el equipo responsable deberá informar de ello al órgano derivante (Tribunales de Familia u Oficinas Locales de la Niñez)

En el componente de abordaje de trayectorias de polivictimización se destaca la importancia de asegurar condiciones básicas de seguridad que permitan avanzar en la revisión de las experiencias de victimización. En este proceso, la familia o adulto/a cuidador/a es convocado como co-constructor/a de dichas condiciones y de las acciones necesarias para garantizar la protección del o la adolescente.

Para fomentar prácticas de cuidado -propósito central de este componente- los terapeutas especializados/as deben motivar a la familia o adulto/a cuidador/a a trabajar como aliados en la reconstrucción de vínculos, de modo que los y las adolescentes cuenten con adultos que los sostengan durante su proceso y se conviertan en referentes permanentes de cuidado a lo largo de su desarrollo vital.

En este sentido, resulta crucial establecer una **alianza terapéutica**. Jessurun, citado en Rossouw et al., (2021), enfatiza la necesidad de invitar a adolescentes, padres, madres y cuidadores/as a trabajar como socios en un acompañamiento que transite de un enfoque centrado en los comportamientos hacia una **conversación mentalizante**, que permita a la familia comprender el punto de vista de los demás y expresar el propio de manera asertiva y respetuosa. Más aún, recomienda a los y las terapeutas "dejar de intentar forzar el cambio", ya que ello contribuye a "reavivar la curiosidad, el respeto, la empatía, la reciprocidad y la agencia en la familia" (p.32).

El Enfoque Informado por el Trauma constituye el lente desde el cual el equipo y particularmente, los terapeutas, se aproximan a la familia: para conocerla; abrir conversaciones que permitan comprender su historia familiar; explorar cómo establecen sus vínculos; motivar el relato de experiencias de crianza y vincularlas con su rol actual de cuidador/a. Es igualmente relevante dar lugar a que emerjan las experiencias de violencia intergeneracional, relacionándolas con las prácticas de cuidado y con la posibilidad de transformarlas a partir de su participación en el Modelo e iniciar procesos terapéuticos en espacios que ofrece el intersector, de ser necesario.

Los y las terapeutas especializados requieren promover la **confianza epistémica** con las familias o adultos/as cuidadores/as participantes, favoreciendo una alianza terapéutica **centrada en crear un entorno confiable y colaborativo** que permita explorar las relaciones familiares, sin que sus integrantes se sientan cuestionados/as o juzgados/as, lo cual es crucial cuando hay historias de violencia. Se recomienda iniciar con espacios personalizados que permitan, junto al o la adolescente y su familia o adulto/a cuidador/a, recorrer un camino único y particular (mirada rizomática), ajustando metodologías, tiempos y espacios de acompañamiento a los ritmos y necesidades de cada grupo familiar.

Posterior a las sesiones individuales (para cada grupo familiar), se les invita a participar en instancias grupales, que pueden desarrollarse de manera paralela, complementaria o subsiguiente al acompañamiento individual-familiar, e incluso pausarse y luego retomarse.

Estas sesiones pueden realizarse, en acuerdo con la familia o adulto/a cuidador/a, en las dependencias del Proyecto, en el domicilio, en espacios barriales u otros que ofrezcan condiciones de privacidad y seguridad tanto para las familias, como para el equipo.

Finalmente, **este componente se complementa con el de Articulación Intersectorial y Comunitaria**, asegurando que las familias o adulto/a cuidador/a accedan a las prestaciones de la política social a las que tienen derecho y cuenten con soportes institucionales y comunitarios que fortalezcan su bienestar y les permitan desarrollar las tareas de cuidado y crianza.

El componente se despliega a través de las siguientes dimensiones: **Fortalecimiento de los vínculos familiares** y **Abordaje de la violencia intergeneracional.**

Dimensión Fortalecimiento de los vínculos familiares

Cuando los y las adolescentes crecen en familias donde predomina de manera crónica la negligencia, el maltrato físico y/o psicológico o el abuso sexual, o bien, no han contado con cuidados sensibles y permanentes a sus necesidades, tienden a distanciarse de sus figuras parentales y a desconfiar de ellas como fuente de regulación frente al estrés o amenaza (Dangerfield, M., 2020). En estos contextos, la fragilidad de los vínculos impide sostener un cuidado adecuado a la etapa de desarrollo adolescente, dificultando la autonomía, la exploración en el mundo social y el establecimiento de relaciones protegidas con pares**. De allí la relevancia de que el Modelo se constituya en un espacio para reestablecer las relaciones familiares, favoreciendo especialmente la vinculación entre el o la adolescente y sus cuidadores/as,** de modo que cuenten con adultos/as disponibles que los acompañen en el proceso terapéutico de abordaje de las trayectorias de polivictimización y desarrollen prácticas de cuidado que prevengan nuevas vulneraciones o experiencias de victimización.

El acompañamiento terapéutico con la familia o adulto/a cuidador/a promueve que sus integrantes se involucren en la generación de un contexto más abierto y reflexivo: en el cual sean más curiosos respecto de los sentimientos de los demás, más conscientes del impacto de sus acciones y más benevolentes con los sentimientos y juicios hacia sí mismos/as. En esta línea, Jessurun y su equipo, en Rossouw et al., (2021), sostienen que "trabajar con la familia es un componente crucial del proceso terapéutico y nuestra opinión es que, a medida que la familia se vuelve más capaz de mentalizar, los miembros de la familia se convierten, en cierto modo, en terapeutas que pueden apoyar y reforzar la mentalización en casa en los momentos en que ésta se rompe" (p.45). Comprender los estados mentales -pensamientos, sentimientos, deseos- propios y ajenos fortalece la cohesión, mejora los vínculos y reduce los conflictos al interior de la familia (Asen y Fonagy, 2021).

Siguiendo los postulados de la **mentalización**, los y las terapeutas invitan a la familia a un trabajo colaborativo orientado a mejorar la capacidad de mentalizar en sus relaciones y a reducir las interacciones no mentalizantes que suelen desencadenar *tormentas afectivas*, actuaciones impulsivas o dinámicas de control coercitivo hacia los y las adolescentes. El objetivo es aumentar la comprensión empática de padres, madres y adultos/as cuidadores/as hacia sus hijos e hijas, empoderando a las familias para que se reconozcan como protagonistas del proceso terapéutico (Muller y Hall en Rossouw et al., 2021).

Dimensión Abordaje de la violencia intergeneracional

En coherencia con lo expuesto en el apartado conceptual *Familias en contextos de alta exigencia y Trauma Intergeneracional*, es probable que un número significativo de padres, madres o adultos/as cuidadores/as participantes hayan sufrido diversas experiencias de victimización y/o carecido de adultos que les brindaran vínculos seguros. A ello se suma, en muchos casos, la ausencia de procesos terapéuticos que les permitieran elaborar y resignificar dichas experiencias, lo que limita sus recursos emocionales y relacionales para ofrecer formas de cuidado distintas.

La evidencia en materia de violencia en el entorno familiar muestra que el principal factor de riesgo sería la experiencia parental de maltrato en la propia niñez, observándose que los padres y madres que fueron víctimas de maltrato infantil presentarían mayor probabilidad de reproducir algún tipo de violencia hacia sus hijos e hijas, configurando un círculo vicioso de maltrato entre generaciones. (Van Ijzendoorn et al., en Undurraga y Santelices, 2021).

Dangerfield, (2020) plantea que la capacidad de proteger requiere haber internalizado experiencias relacionales confiables y haber contado con figuras adultas disponibles en momentos de necesidad. "De no ser así, la historia se repite: para un adulto que no haya conocido otra opción en esta vida, el mundo no es fiable y se convierte en un lugar inhóspito, un lugar en el que se sobrevive organizando una coraza que le sostenga, pero que esconde una enorme fragilidad y déficit a nivel emocional" (p.56). Por lo que, resulta fundamental ofrecer a quienes lo requieran, espacios terapéuticos que permitan abordar las trayectorias familiares, favoreciendo la conexión con experiencias de cuidado y desde ahí vincularlas con sus prácticas actuales de crianza.

Cuando los adultos requieren un abordaje especializado para trabajar temas como violencia de género, consumo, historias de abuso sexual y/o maltrato, o bien, puedan requerir, una atención en salud mental corresponde derivar a la oferta especializada disponible en el territorio, asegurando un acompañamiento pertinente y sostenido.

6.3.4 Componente Articulación Intersectorial y Comunitaria

Objetivo:

Fortalecer la vinculación de los niños, niñas, adolescentes y familias o adultos/as cuidadores/as con redes intersectoriales y comunitarias.

Aspectos Centrales:

Este componente constituye el **segundo pilar transversal del Modelo** Terapéutico Integrado y se despliega de manera permanente según los requerimientos de los territorios y de los y las adolescentes y sus familias. Su ejecución está a cargo de terapeutas especializados/as, en coordinación con el equipo de acompañamiento,

mientras que la representación institucional del Modelo en el territorio corresponde al director/a, quien lidera las tareas de inserción, validación y articulación con las redes comunitarias e intersectoriales.

La relevancia de este componente queda de manifiesto en la Ley N° 21.302, que, en su artículo 2°, señala expresamente que, para el cumplimiento de su objeto, el Servicio se coordinará permanentemente y de forma intersectorial con los tribunales de justicia, las Oficinas Locales de la Niñez, los Colaboradores Acreditados de cada territorio y con los demás órganos de la Administración del Estado competentes. En esta misma línea, el artículo 6°, señala que le corresponderá al Servicio la función de coordinar, en el ámbito de sus competencias, a los órganos de la Administración del Estado competentes con la red intersectorial y comunitaria.

Dicho lo anterior, es importante que cuando el Proyecto se instale en el territorio, realice un fuerte trabajo de inserción y validación comunitaria, el cual tendrá que estar siendo permanentemente actualizado de modo de realizar prácticas contextualizadas, culturalmente sensibles y que la comunidad reconozca el accionar del Modelo como un recurso y no como una amenaza.

El proceso de inserción comienza reconociendo las características geográficas del territorio, de sus habitantes, el tipo de vivienda, su conectividad, cuáles son los puntos de encuentro, ubicación de las instalaciones municipales, lugares que frecuentan los y las adolescentes e identificación de las redes intersectoriales y comunitarias. Así también, aspectos más simbólicos como prácticas culturales de crianza y de la población adolescente; mandatos y sesgos de género, identificación de cosmovisiones particulares como puede ser cuando hay fuerte presencia de población indígena, migrante, entre otros aspectos.

Otro elemento importante de la gestión del componente está orientada a **generar puentes de conexión entre los y las adolescentes, sus familias o adultos/as cuidadores/as con las redes comunitarias e institucionales del territorio,** según sus requerimientos específicos; para lo cual se requiere efectuar un trabajo intencionado con estas redes para que comprendan los propósitos y alcances del Modelo; como también de las características de los participantes, de modo que cuando acudan a estas redes no solo reciban las prestaciones que les correspondan, sino que se sientan acogidos/as y respetados en estos espacios.

En particular con los y las adolescentes, se requiere configurar una amplia red de apoyo continua entre las distintas instituciones intervinientes, buscando aunar articuladamente las acciones que impulsen un abordaje conjunto y eficaz de las problemáticas a resolver. En ese entendido, tanto las dificultades de salud general y/o mental, discapacidad, desvinculación, exclusión y/o el rezago educativo o diferentes vulneraciones de derechos, requieren respuestas integrales que consideren dimensiones subjetivas, relacionales, sociales e institucionales. En el caso de las familias o personas adultas cuidadoras, se espera brindar soportes que apoyen el ejercicio de las tareas de crianza, contribuyendo a la reducción de la sobrecarga al grupo familiar.

La gestión de este componente se **desarrolla de manera complementaria con los tres componentes del presente Programa** -Entornos Seguros, Abordaje de Trayectorias de Polivictimización, Fortalecimiento de Prácticas de Cuidado- y, con el componente, Fortalecimiento de Recursos para la Autonomía Responsable, del Programa Prevención Focalizada.

Sobre la base de lo descrito, el presente componente contempla dos dimensiones que se detallan a continuación:

Dimensión Vinculación del Modelo Terapéutico Integrado con los actores del territorio

La presente dimensión contempla el desarrollo de acciones tendientes a la inserción y vinculación del Modelo en el contexto territorial a modo de dar legitimidad institucional y facilitar la coordinación y el acceso a redes de apoyo. Dichas acciones se señalan a continuación:

- **Gestiones de difusión, inserción y validación del Modelo en el territorio:**

Es el director/a quien asume el liderazgo en la ejecución de las tareas de inserción y validación territorial del Modelo con las distintas instancias comunitarias e intersectoriales. Para lo cual, es imprescindible integrarse a las redes barriales e institucionales, dando a conocer el propósito del Modelo, las características de sus participantes, objetivos y alcances, por ejemplo, mediante charlas de sensibilización, presentaciones, y otras. Así también, se espera establecer alianzas para el trabajo conjunto que permita apoyar a los y las adolescentes y sus familias, según sus características, necesidades e intereses. Se suma a esta labor en un rol de apoyo, el equipo integrado.

- **Conocimiento del territorio:**

Para que el trabajo del Modelo con adolescentes y sus familias o adultos/as cuidadores/as sea pertinente, es indispensable que el equipo integrado conozca en profundidad el territorio. Este conocimiento abarca dimensiones geográficas, culturales y sociales, así los acompañamientos que desarrolle el equipo integrado serán situados y comprensivos de sus contextos.

Estas acciones son de responsabilidad del director/a, en colaboración con el equipo integrado y son especialmente relevantes en la etapa de instalación del proyecto; sin embargo, la información obtenida debe mantenerse en constante actualización, retroalimentación y socialización dentro del Modelo, garantizando que el trabajo conserve su pertinencia y coherencia con la realidad de las familias y comunidades.

- **Elaboración del mapa de redes:**

Con la identificación de las redes intersectoriales y comunitarias, los terapeutas especializados/as, en colaboración y coordinación con los tutores/as terapéuticos/as y gestores/as ocupacional y educativo, se elabora un mapa de redes que permita conocer los recursos del territorio que abarcará el Modelo.

- **Coordinación con el intersector y redes comunitarias en el abordaje de los acompañamientos terapéuticos (tradicionalmente denominados como gestión de casos):**

Ésta se entiende como el resultado de las gestiones de las tres acciones anteriores. La coordinación con el intersector debe avanzar hacia la consecución de una red de trabajo conjunto y complementario con todos los programas e instituciones tanto públicas como privadas que trabajen con población infanto juvenil y las familias en distintos ámbitos, generando acuerdos, criterios y protocolos de derivación que permitan sentar las bases para articular con posterioridad el acceso de adolescentes y familias a redes de soporte con mayor eficiencia y oportunidad

Dimensión Acompañamiento para el acceso de soportes intersectoriales y comunitarios del territorio

Esta dimensión, liderada por los terapeutas especializados/as, orienta el quehacer del equipo integrado al desarrollo de acciones que favorezcan el **acceso a las prestaciones que los y las adolescentes y sus familias o adultos cuidadores/as requieran**. Siendo imperativo, además, la comunicación y traspaso de información expedita y oportuna del equipo a cargo del acompañamiento respecto del estado de avance del trabajo de vinculación y necesidades de soporte que vayan presentando los participantes del Modelo.

Por otra parte, es relevante generar acciones que permitan incrementar el acercamiento y la vinculación a los espacios comunitarios, lo que posibilitará ofrecer nuevos roles a los y las adolescentes y sus familias, favoreciendo una apertura a nuevas narrativas de los participantes del Modelo que permita descentrar las historias de vulneración, aportando a enriquecer las identidades personales y familiares.

En este contexto, se desprenden principalmente dos acciones necesarias de realizar en esta dimensión:

· **Planificación y desarrollo de acciones de acompañamiento a participantes:**

Los y las terapeutas especializados/as deben realizar un levantamiento de las necesidades e intereses de los y las adolescentes y sus familias respecto al acceso y participación en redes comunitarias e intersectoriales, mediante instancias de trabajo individuales y grupales.

A partir de la revisión y análisis de todos los antecedentes reunidos, es posible planificar conjuntamente las acciones y las estrategias de acompañamiento que les permita acceder a las prestaciones del intersector que requieran -como a servicios municipales; protección social, educación; salud, seguridad y otros- y participar de espacios comunitarios, según motivaciones e intereses, que amplíen sus oportunidades y vinculación social.

Cabe señalar, que tanto el levantamiento de necesidades e intereses, como en el diseño de las estrategias de acompañamiento en el acceso, se debe planificar y coordinar con los gestores/as ocupacionales y educativos del Programa de Prevención Focalizada, de manera de generar sinergias y no sobre intervención.

· **Acompañamiento en la participación adolescente y familiar en las redes comunitarias e intersectoriales.**

Después de definir de manera conjunta con adolescentes y familias sus necesidades e intereses, se da paso al acompañamiento directo de los y las terapeutas especializados/as, de manera articulada con los otros componentes del Modelo.

En el caso de la población adolescente, el trabajo busca brindar un acompañamiento que afiance los recursos personales, logrando atenuar los efectos de sus experiencias traumáticas que han limitado su red de apoyo; promoviendo una ampliación de su red social, incorporando nuevos referentes que aporten a su bienestar integral.

En cuanto a la familia, se promueve la vinculación o revinculación con redes de apoyo comunitarias, institucionales u otros servicios que brinden soporte a las tareas de crianza y cuidados, especialmente a aquellas que se encuentran en situación de alta exigencia. Lo anterior requiere desarrollar acciones para que los adultos identifiquen los programas, servicios públicos y recursos de su territorio, conociendo sus requisitos, procedimientos; como también verificar que cuenten con las herramientas para acceder y mantenerse vinculados con las redes comunitarias.

Como parte de las estrategias a desarrollar en estas instancias de acompañamiento, se estima conveniente considerar espacios intercalados entre instancias individuales y grupales, ponderando las características de cada adolescente y adultos. En cuanto al trabajo grupal, se sugiere trabajar bajo las modalidades de talleres socioeducativos para grupos más numerosos, y consejerías para instancias grupales más pequeños, donde se aborden temáticas específicas. Estas estrategias de apoyo buscan fomentar el conocimiento, la reflexión colectiva y el reconocimiento mutuo, a través de un acompañamiento que facilita y fortalece la participación en pos de una sostenibilidad en los logros que se alcancen.

6.4. ESTRATEGIA A NIVEL DE EQUIPO DEL MODELO PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ETAPAS

Para el adecuado desarrollo de las distintas etapas de intervención, se contempla la implementación de una estrategia transversal orientada a promover espacios sistemáticos de reflexión, cuidado y fortalecimiento de los equipos que conforman el Modelo Terapéutico Integrado. Esta estrategia reconoce el impacto emocional inherente al quehacer cotidiano y la relevancia de generar condiciones que favorezcan el bienestar de quienes desarrollan procesos de intervención directa con adolescentes y sus familias.

La estrategia es liderada por el director/a del Modelo y por un/a Promotor/a de Equipos Reflexivos, quien tendrá la responsabilidad de facilitar instancias periódicas de trabajo con todos los integrantes del Modelo Terapéutico Integrado. Se propone que estas instancias se desarrollen con una frecuencia semanal, promoviendo la construcción de significados compartidos respecto de la experiencia de intervención y fortaleciendo la capacidad del equipo para comprender, analizar y abordar colectivamente los desafíos asociados a su labor.

Lo anterior, a modo de que cada integrante del equipo pueda trascender desde *un sentido individual* o "*I mode*" (modo yo) hacia un *sentido compartido* en el equipo o "***we mode***" (modo nosotros). Fonagy (2025) alude al término inglés "we mode" destacando el valor de lo grupal y la emergencia de un "nosotros" que favorece la co-mentalización, intencionalidad compartida, flujo del conocimiento y la confianza epistémica dentro de un grupo humano.

Para ello, se realizan sesiones grupales, orientadas a la reflexión colaborativa y a la elaboración de experiencias significativas de todos los miembros del equipo, bajo los principios de respeto mutuo, horizontalidad, confidencialidad y corresponsabilidad en el proceso de cuidado. La idea es entender este espacio como una práctica de equipo, y no solo como un recurso para ´resolver casos´ (Morán-Kneer y Duarte, 2025).

Los principales marcos teórico - metodológicos para diseñar las sesiones de trabajo son los siguientes:

- **Modelo AMBIT (Dangerfield, 2024)**, tratamiento basado en la mentalización para equipos, el cual apoya la creación de un contexto de mentalización, confianza epistémica y aprendizaje en el equipo, favoreciendo que sus miembros se mantengan conectados entre sí[25].
- **Enfoque dialógico-colaborativo:** el diálogo se concibe como proceso generativo que transforma a los participantes, propiciando nuevas lecturas y posibilidades de acción (Anderson, 2012; Aparicio, 2024).
- **Equipos reflexivos (Andersen, 1991):** el grupo escucha, observa y formula preguntas abiertas para ampliar las perspectivas y promover la construcción colectiva de sentido.
- **Prácticas narrativas (White & Epston, citados en Morales, 2021)**: uso de relatos, documentos reflexivos o discursos que permitan resignificar experiencias y externalizar tensiones profesionales.
- **Postura de no-saber/curiosidad epistémica:** el/la promotor/a reflexivo adopta una posición horizontal, basada en la curiosidad genuina, la escucha activa y la co-construcción de significados (Anderson, 2012; Dangerfield, 2024).
- **Estrategias de contención y co-regulación emocional** en momentos de crisis o alta exposición al trauma; articulación con la supervisión reflexiva regular para favorecer la continuidad del cuidado (Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, 2024)
- **Deconstruir discursos dominantes y meta-narrativas** que favorezcan y cristalicen el malestar, favoreciendo la creación de significados benéficos y que hagan sentido colectivo (White & Epston, citados en Morales, 2021).

Para la adecuada implementación de estos marcos teórico-metodológicos, el Promotor/a de Equipos Reflexivos tiene como función primordial generar las condiciones para el establecimiento de un espacio de reflexión seguro y confiable, que facilite la participación activa de todos sus integrantes y promueva la construcción de confianza epistémica entre los miembros del equipo. Esto supone resguardar una atmósfera caracterizada por el respeto, la validación de las distintas perspectivas y la escucha activa.

Del mismo modo, dado que los procesos de diálogo y construcción compartida de significados poseen un potencial transformador para las prácticas de intervención, se espera que los aprendizajes y reflexiones surgidos en estas instancias trasciendan el espacio formal de reunión y se integren al trabajo cotidiano del equipo. Para ello, resulta clave el liderazgo del director/a del Modelo, quien deberá promover y sostener una cultura organizacional basada en la reflexión, la colaboración y el aprendizaje continuo.

Considerando lo anterior, la estrategia transversal de promoción de un equipo reflexivo se estructura en base a **seis focos de trabajo**, los cuales pueden ser organizados por cada equipo dependiendo de las necesidades colectivas:

1. **Reflexión sobre la praxis, exploración de experiencias y dilemas éticos del quehacer.**

Cuidar al equipo también implica cuidar la práctica. Este foco invita a revisar cómo las propias emociones, valores y experiencias personales influyen en los procesos de acompañamiento, así como los dilemas éticos que emergen del ejercicio profesional (poder, límites, confidencialidad, exposición). La revisión ética colectiva se orienta a restaurar el sentido y la coherencia del quehacer del equipo, reforzando la integridad profesional y del equipo (*"we mode")* como fuente de bienestar.

2. **Reconocimiento del uso del "sí mismo" en el acompañamiento.**

Se orienta a que los/as profesionales identifiquen cómo su historia personal, emociones, valores y modos de relación inciden en la práctica cotidiana. El "uso de sí mismo" se concibe como una herramienta profesional, que requiere conciencia, límites y manejo reflexivo. A través del diálogo colaborativo, se revisan las resonancias y contratransferencias presentes en la intervención, comprendiendo cómo el vínculo terapéutico también transforma a quien acompaña.

3. **Construcción de aprendizajes colectivos aplicables al quehacer cotidiano.**

El espacio reflexivo permite transformar la experiencia en conocimiento. Mediante el intercambio de perspectivas, el equipo elabora aprendizajes situados que nutren la práctica y fortalecen la cohesión interna. Se promueve la sistematización de los aprendizajes y su transferencia a los espacios de coordinación y planificación. Los espacios reflexivos se configuran como lugares seguros donde todos los integrantes del equipo pueden expresarse, sin jerarquías ni juicios. El/la promotor/a reflexivo/a asume una postura de "no saber", sosteniendo la curiosidad genuina y el respeto por la experiencia de cada miembro del equipo, entendiendo la conversación misma como acto terapéutico y reparador.

4. **Bienestar y contención emocional.**

Se busca reconocer el impacto emocional que implica el trabajo reparatorio y su exposición constante a situaciones de sufrimiento y trauma. El proceso reflexivo permite que el equipo elabore las resonancias personales que emergen en la práctica cotidiana, promoviendo la autorregulación emocional y la co-regulación grupal. Se fomenta una cultura de cuidado mutuo, donde el bienestar individual y colectivo se comprende como condición necesaria para sostener procesos reparatorios de calidad.

5. **Prevención del trauma vicario y del desgaste laboral.**

Este foco aborda de manera explícita el cuidado profesional frente al desgaste, la fatiga por compasión y el trauma vicario. Se desarrollan estrategias individuales y colectivas para identificar signos tempranos de sobrecarga, fortalecer redes de apoyo y promover hábitos saludables. Se concibe el cuidado del equipo como parte inseparable del cuidado institucional y, en consecuencia, como una responsabilidad compartida de la dirección y los profesionales. Además, se establecen mecanismos claros de apoyo emocional y resolución de conflictos, así como prácticas sistemáticas de cuidado del equipo.

6. **Monitoreo periódico del clima laboral.**

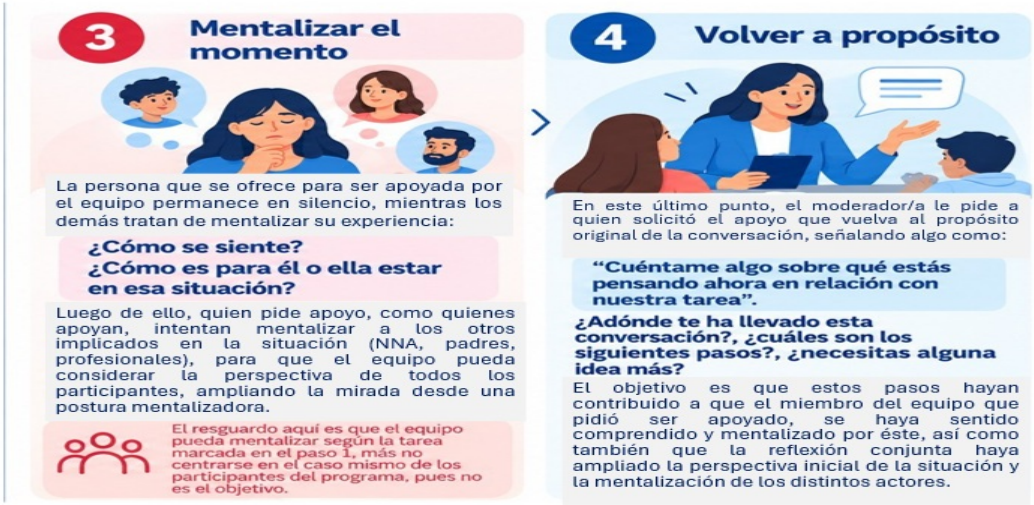
Plantea de manera permanente estrategias de resolución colaborativa de conflictos, las cuales permiten resguardar la reflexividad del equipo y prevenir que tensiones no adecuadamente gestionadas se filtren hacia el trabajo clínico.

En términos operativos, se sugieren 2 metodologías para ser utilizadas en las sesiones de trabajo durante las etapas que se orientan a fortalecer la capacidad reflexiva y mentalizadora del equipo y de aquellos que acompañan directa o indirectamente a niños, niñas, adolescentes y sus familias, a fin de resguardar la coherencia de los acompañamientos terapéuticos:

1. “Pensar Juntos” del Modelo AMBIT: Técnica utilizada en el marco del modelo AMBIT de mentalización adaptativa para equipos, centrada en el trabajo colaborativo para mejorar la comprensión de una situación al interior de un equipo de trabajo, promoviendo la mentalización entre sus miembros. Implica que los equipos reflexionen sobre los pensamientos, sentimientos y comportamiento de los integrantes del equipo en el contexto de sus propios estados mentales y el de los demás, desde una postura de curiosidad genuina y en un marco de confianza epistémica. Esta técnica se define como un proceso de 4 pasos para apoyar a los miembros del equipo a que puedan recuperar su capacidad de mentalizar, y tiene como parte de sus beneficios que esto se logra en tiempo acotado. Su implementación, requiere de la presencia del equipo, alguien que se ofrezca para ser apoyado por éste, y la elección de otro miembro que actúe en rol de moderador.

A continuación, se desarrollan los pasos del “Pensar Juntos”:



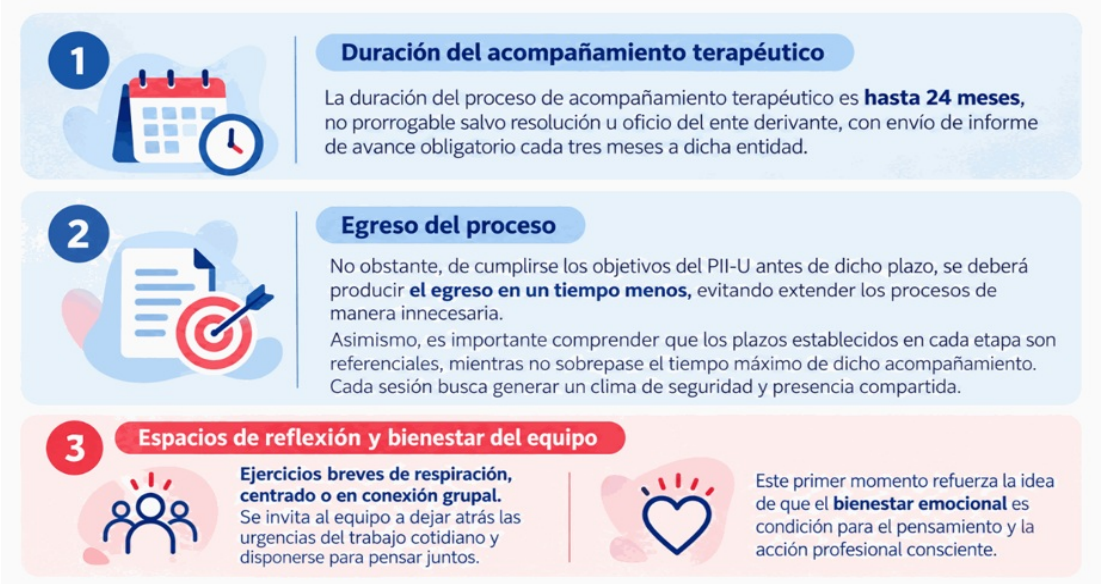


Fuente: Dangerfield y Carrasco, 2024

2. Estructura de reuniones del Modelo ARE (Apertura, Reflexión y Encuentro). Cabe recordar que este Modelo fue desarrollado por el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y la Adolescencia (SPE, 2024), a través de su Unidad de Asistencia Técnica, con la finalidad de contar con una metodología propia y pertinente a los requerimientos actuales de las distintas líneas de acción del Servicio, denominada “Acompañamiento Reflexivo Especializado” (en adelante ARE), entregando una “nueva mirada” sobre los procesos interventivos, al incorporar una “reflexión para la acción en protección” que incluye activamente a los sujetos que intervienen, la comprensión de sus actuaciones y con esto la mejora continua de la práctica profesional. De este ,modo, ARE se comprende como “El proceso metodológico por medio del cual se instalan lenguajes, aprendizajes, marcos comprehensivos y raciocinios destinados a desarrollar una reflexión que, fundada en principios, prácticas y axiomas que revisten un carácter normativo y que se hallan asentados en el enfoque de derechos, facilitan el auto análisis acerca de la intervención con el niño, niña, adolescente y su familia, sea desde la esfera de actuación individual y/o grupal del equipo a cargo de la intervención, y que está destinada a la realización de acciones efectivas, oportunas y

de calidad en la restitución y reparación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes" (SPE, 204, p.6-7).

En el Modelo ARE se señala que cada encuentro se puede estructurar en tres momentos principales:



Finalmente, de manera complementaria, se mantienen bitácoras o registros breves elaborados por el promotor/a o por un integrante designado, donde se consignan los temas tratados y los aprendizajes colectivos, resguardando siempre la confidencialidad personal. Estos registros permiten sostener la continuidad del proceso y reconocer la evolución del equipo a lo largo del tiempo, además de sistematizar la experiencia, para retroalimentar, además, la gestión técnica del Proyecto.

6.5. ETAPAS DEL PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO DEL MODELO TERAPÉUTICO INTEGRADO

El proceso de acompañamiento terapéutico está concebido como una **atención personalizada que se adapta a las particularidades de cada adolescente y su familia**, ofreciendo alternativas según sus necesidades y recursos personales, familiares y territoriales. Como ya se ha señalado anteriormente, lo terapéutico se extiende a la vida cotidiana, en escenarios donde se construyen vínculos, se generan aprendizajes y se fortalecen las capacidades de los y las adolescentes y sus familias, integrando la práctica terapéutica en su experiencia vital y relacional.

Así también, es necesario recordar que, si bien el Modelo Terapéutico Integrado está dirigido a niños, niñas y adolescentes y sus familias en situación de desprotección avanzada, éste se focaliza especialmente en población adolescente, atendiendo sus trayectorias de polivictimización. Por último, **el acompañamiento se organiza en cinco etapas:**

- Ingreso y Acogida.
- Ajuste del PII a PII-U.
- Ejecución Modular.
- Sostenibilidad de los Cambios.
- Cierre y Egreso.

A continuación, se presenta una gráfica que ilustra el proceso de acompañamiento terapéutico:

Gráfica N° 9: Etapas del Proceso de Acompañamiento del Modelo Terapéutico Integrado



Etapa 1: Ingreso y Acogida

La etapa tiene una duración aproximada de tres semanas y contempla dos acciones principales: Procedimiento Administrativo y Proceso de Acogida.

Procedimiento Administrativo para el ingreso:

El director/a recibe los antecedentes del caso entregado por el órgano derivante, incluyendo el Informe Diagnóstico Clínico y del Plan de Intervención Individual inicial, elaborado por el Programa Diagnóstico Clínico Especializado. A continuación, se formaliza el ingreso del o la adolescente y su familia al Modelo Terapéutico Integrado.

Es importante señalar que **solo al momento de concretar el ingreso en el sistema informático y reportar al ente derivante sobre la incorporación efectiva** del o la adolescente se habilita la continuidad hacia las etapas subsiguientes. Posteriormente, se crea una carpeta individual que reúne toda la documentación técnica y administrativa del o la adolescente y su familia desde el ingreso hasta el egreso, incluyendo certificados de estudios, antecedentes de discapacidad, Registro Social de Hogares e informes de salud, entre otros.

Se deberá promover diversos mecanismos de participación que aseguren la consideración de la opinión de los niños, niñas, y particularmente los adolescentes, y familias durante todo el proceso que desarrollarán en el Modelo Terapéutico Integrado. En este sentido, el Proyecto deberá disponer de formularios de consentimientos y asentimientos informados, según la edad de los participantes. Así, el consentimiento informado se contempla para adultos que tengan a su cuidado niños y niñas, menores de 14 años, en cambio los y las adolescentes entre 14 y 17 años, en consideración a su autonomía progresiva pueden asentir su participación (asentimiento explícito). En tanto, para los otros tramos etarios el asentimiento debe ser ajustado, sugiriendo las siguientes metodologías: registro observacional para niños y niñas menores de 7 años; cuestionario estructurado para niños y niñas o adolescentes entre 7 y 13 años. Dichos registros o formularios deberán ser incorporados en la carpeta individual.

Proceso de Acogida:

Para esta etapa, el director/a coordina una primera reunión técnica con terapeutas, gestores/as y tutores/as del Modelo, con el objetivo de revisar los antecedentes disponibles y conocer al adolescente en sus dimensiones individual, familiar y social. En este espacio se identifican los motivos de ingreso y el historial de atenciones previas en programas del Servicio u otras prestaciones sociales. Asimismo, asigna a los terapeutas especializados/as (trabajador/a social y psicólogo/a), mientras que tutores/as terapéuticos/as y gestores/as del Programa Prevención Focalizada acompañan de manera transversal a todos los adolescentes y familias, sin asignación de casos específicos. Esta instancia inicial permite al equipo revisar y analizar la documentación, comprendiendo el contexto proteccional del o la adolescente.

Posteriormente, se planifican las primeras acciones de acercamiento y acogida, incluyendo la coordinación con profesionales de otros programas en los que el o la adolescente y su familia estén o hayan participado, tanto de la red del Servicio como externos.

El acercamiento terapéutico con adolescentes y familias se inicia mediante las siguientes instancias:

Primera entrevista (presentación y contextualización): Esta entrevista debe realizarse dentro de los cinco días hábiles posteriores al primer contacto. En ella, participa el o la adolescente y, de ser posible, al menos un adulto de la familia o cuidador/a. La entrevista se organiza considerando las características y necesidades de cada participante, incluyendo espacios individuales y conjuntos de conversación.

Es importante tener presente que cuando se entreviste a un niño, niña o adolescente, se considere consultar de manera afable, y sin ninguna actitud de presión en cómo desea ser llamado (nombre registral o social). Si el nombre entregado no coincide con el nombre de su cédula de identidad, debe primar siempre el nombre social señalado por él o ella, respetando dicha decisión.

Los objetivos de esta primera instancia son:

- **Motivo de ingreso:** Se debe explicar con claridad y de manera no coercitiva las razones de la derivación, promoviendo la transparencia de la situación y dando espacio para que el o la adolescente y/o el adulto de la familia puedan opinar al respecto.
- **Proceso de acompañamiento**: Se debe detallar el trabajo de acompañamiento que se realizará, enfatizando la flexibilidad en los lugares de encuentro (dependencias del proyecto, domicilio u otros espacios seguros y cómodos tanto para los y las participantes, como para el equipo). De igual forma, se debe informar y asegurar que el proyecto es un entorno protector en el cual llevarán a cabo su proceso terapéutico.
- **Presentación del equipo:** En esta instancia, se da a conocer a los profesionales y personal del Modelo, explicando las funciones de quienes acompañarán al adolescente y a la familia y también, los distintos espacios y actividades que se desarrollan en las instalaciones del proyecto. En este contexto, se informa a los y las adolescentes que lo requieran sobre la posibilidad de acceder a algunos apoyos destinados a la satisfacción de necesidades básicas entendidos no como asistencia, sino como actos que dignifican y aportan a la restitución de derechos.

Es fundamental que esta primera entrevista **ofrezca un espacio para que adolescentes y familias expresen expectativas, motivaciones e inquietudes**, favoreciendo desde el inicio una relación de confianza y respeto que fortalezca la alianza terapéutica.

Bajo el enfoque informado por el trauma, todo el equipo debe mantener una actitud empática y respetuosa desde el primer contacto, asegurando un ambiente sensible y acogedor. Esta entrevista, al igual que las posteriores, puede realizarse en dependencias del Proyecto, en el domicilio familiar u otros espacios que brinden seguridad y privacidad.

Es relevante plantear al adolescente y su familia que -desde el comienzo del proceso y en lo sucesivo- se informará periódicamente al ente derivante el avance de la intervención y ante la ocurrencia de nuevas situaciones que afecten al niño, niña o adolescente y que puedan constituir delito (distintas a la causal de ingreso), el equipo debe activar el procedimiento establecido en la Resolución Exenta N° 1501/2025 del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, o la normativa del Servicio que la reemplace o actualice. Asimismo, se le informa que existen mecanismos establecidos para garantizar la participación y exigibilidad de derechos (incluyendo mecanismos para la formulación de reclamaciones y denuncia), lo cual se encuentra regulado en el decreto supremo N°14 del Ministerio de Desarrollo Social y Familia - Subsecretaría de la Niñez[26].

Cabe señalar que cuando un/a adolescente, durante la etapa de ingreso y acogida o las venideras solicita su cambio de identidad de género a algún integrante del equipo, se debe acoger este requerimiento y compartirlo con el resto, asegurando que los procesos internos del programa sean respetuosos con esta decisión y resguardando que sea él o ella quien decida cuándo, a quiénes y la manera en que desea compartir su identidad de género, sin forzar o presionar a compartir dicho cambio, si así no lo desea o no se encuentra preparado o preparada para efectuarlo[27].

Finalmente, tras estas primeras acciones, el equipo de acompañamiento sostiene una reunión de evaluación para revisar lo realizado en la etapa inicial y definir los énfasis necesarios para la siguiente fase: Ajuste del Plan de Intervención Individual.

Etapa 2: Ajuste del Plan De Intervención Individual-PII- al Plan de Intervención Individual Unificado -PII-U

Con relación al ajuste del plan de intervención, quienes guían dichas acciones son los terapeutas especializados/as, con el aporte de los tutores/as terapéuticos y gestores/as del Programa Prevención Focalizada. El período de duración aproximada de esta etapa es de **seis semanas** y considera el desarrollo de las siguientes acciones[28] de: (1) Profundización de los antecedentes del Informe Diagnóstico Clínico y (2) Ajuste del Plan de Intervención Individual Unificado.

Levantamiento y profundización de los antecedentes del Informe Diagnóstico Clínico, emitido por el Programa Diagnóstico Clínico Especializado –DCE-:

Esta acción se inicia de manera posterior a la acogida y tiene por objetivo complementar y actualizar los antecedentes de derivación en el marco de las cuatro dimensiones previamente evaluadas, a saber: (1) Situación del niño, niña o adolescente; (2) Capacidades y respuesta de los padres/madres o cuidadores/as; (3) Características contextuales o del entorno y (4) Características de la situación de vulneración[29], a fin de comprender cómo el o la adolescente y su familia experimentan las situaciones que motivaron el ingreso al Modelo.

El equipo de terapeutas responsable del acompañamiento, al revisar la información disponible puede determinar si se requiere indagar y/o actualizar algún aspecto específico de las dimensiones ya mencionadas, que aporte a la particularidad de los procesos que se llevarán a cabo. El equipo debe revisar; analizar y profundizar en los antecedentes de la historia personal, familiar y social, así como su red cercana (adultos cuidadores y grupo de pares), según los motivos de su ingreso al Modelo. Si el equipo determina la necesidad de indagar y/o actualizar algún aspecto específico de las dimensiones ya mencionadas que aporten a las particularidades del acompañamiento que se llevará a cabo o se requiere mayor profundización, se deben realizar entrevistas directas con el o la adolescente y su familia, triangulando información cuando sea necesario.

Las entrevistas pueden ser realizadas previo acuerdo con la familia, tanto en el domicilio, como en dependencias del proyecto u en otro espacio que facilite su participación, siendo estas preparadas con antelación, a fin de no indagar en aspectos previamente evaluados y tratados en el informe, evitando de esta manera, una victimización secundaria. En este escenario, el equipo debe explicitar a los participantes que se profundizará solo en aspectos relevantes orientados al acompañamiento, considerando además los temas de interés para el o la adolescente y su familia, y los aspectos que resulten prioritarios de ser abordados.

Es importante, crear un clima amable y respetuoso para el o la adolescente y su familia no signifiquen esta profundización como un interrogatorio o una lista de cotejo, sino más como un proceso de acercamiento a sus vidas, desde una mirada comprensiva y no cuestionadora, para lo cual se pueden utilizar distintas técnicas, ajustadas a las

características de los y las participantes, como las usuales entrevistas semiestructuradas, pero también, otras lúdicas, como juegos o expresiones artísticas.

Cabe precisar que este proceso no constituye una nueva evaluación, sino una actualización que permite ajustar el Plan de Intervención y detectar cambios que incluso podrían cuestionar su permanencia, en cuyo caso se deberá informar a la brevedad de estos antecedentes al ente derivante.

A continuación, se señalan una serie de temas que se recomienda profundizar y actualizar en esta etapa:





Ajuste del Plan de Intervención Individual inicial (PII) a PII-U:

Considerando el Plan de Intervención Individual inicial que es elaborado el Programa Diagnóstico Clínico Especializado, el levantamiento y la profundización de los antecedentes, se ajusta el PII-U, incorporando los aportes del resto del equipo, para luego construirlo con el grupo familiar (adolescente y familia).

A continuación, se plantean una serie de acciones recomendadas para co-construir el Plan de Intervención Individual - Unificado (PII-U)

- En primer lugar, se recomienda que los y las terapeutas responsables del acompañamiento **presenten en una reunión técnica** al equipo en su conjunto (director/a, tutores/as terapéuticos, a los otros terapeutas especializados y gestores/as educacional y ocupacional) la propuesta de ajuste de PII a PII-U con la finalidad de recibir retroalimentación antes de ser presentado al adolescente y la familia. En esta instancia de reunión, también se expondrá la propuesta de estrategias de acompañamiento que se desarrollarán con los y las adolescentes, sus familias o adulto cuidador/a.
- Posteriormente los profesionales a cargo del proceso de acompañamiento terapéutico deben convocar al adolescente y al adulto cuidador a una entrevista presencial, previo acuerdo de fecha, hora y lugar (domicilio familiar; dependencias del proyecto u otro lugar que cumpla con las condiciones de seguridad y confidencialidad). En esta entrevista se **comparten los hallazgos del levantamiento de antecedentes**, dando cuenta de sus impresiones y proyecciones del proceso de acompañamiento, asegurando brindar claridad y sensibilidad en la comunicación, estando atentos/as a la manera de cómo recepcionan y significan dicha esta retroalimentación.
- En este contexto, es preciso promover un espacio conversacional donde emerja las opiniones del o la adolescente y su familia, validando sus aseveraciones y sentires, e integrando sus expectativas de logros, eventuales compromisos y consensos en cuanto a los ajustes que se harán al Plan de Intervención Inicial -PII- elaborando el PII-U[30].
- Posteriormente, ras las instancias de co-construcción del PII-U, los profesionales a cargo del proceso de acompañamiento terapéutico, en base a la metodología modular de trabajo, establecerán una **planificación del acompañamiento** a realizar, articulando las acciones de manera complementaria con los tutores/as terapéuticos y gestores/as del Programa Prevención Focalizada.

Concluida esta etapa, el director/a del Modelo Terapéutico Integrado **envía el PII-U en formato digital al ente derivante** para su conocimiento, dando comienzo de la fase de ejecución modular.

El Plan de Intervención Individual Unificado PII-U, se configura como la carta de navegación que traza la ruta que orientará el acompañamiento terapéutico para alcanzar los objetivos propuestos y superar las situaciones que generaron su ingreso. Al respecto es fundamental tener presente que el acompañamiento que se realice debe considerar mantener una revisión permanente del PII-U por parte de los profesionales a cargo del proceso de acompañamiento; efectuando un seguimiento y análisis de los avances de los objetivos que se tracen en los distintos momentos del acompañamiento a los participantes, cuyos resultados deben ser informados al ente derivante.



Finalmente, cabe resaltar que la participación, la toma de decisiones e incorporación de la opinión del o la adolescente y su familia no se limita a la elaboración del PII-U, **sino que se extiende a todo el proceso de acompañamiento terapéutico** que brindará el equipo responsable. Para que esta participación sea efectiva, debe evolucionar gradualmente desde lo consultivo hacia la generación activa de propuestas e ideas, y donde la responsabilidad del equipo consiste en respetar, proteger y brindar las oportunidades para alentarla y garantizarla, comprendiendo que sus opiniones emergen a partir de sus experiencias, lo cual permite tomar decisiones más efectivas y sostenibles (UNICEF, 2022).

Etapa 3: Ejecución Modular

La etapa de **Ejecución Modular constituye un cambio sustantivo** en la forma de implementar la intervención dentro de los programas del Servicio. Esta modalidad abre la posibilidad de construir distintos caminos de acompañamiento que favorezcan la reparación de trayectorias de polivictimización en niños, niñas y, especialmente, adolescentes, integrando también a sus familias y entornos comunitarios.

En coherencia con la **mirada rizomática**[31], se busca ofrecer una práctica terapéutica significativa y ajustada a los objetivos comprometidos en el **PII-U**, reconociendo la diversidad de experiencias, ritmos y necesidades de cada participante. La gestión técnica no se concibe como una secuencia rígida, sino como un proceso flexible que se organiza en módulos de trabajo, cada uno con acciones y estrategias específicas que permiten centrar la atención en las particularidades de cada trayectoria.

Con relación a la implementación de la etapa modular, son los y las terapeutas especializados/as quienes asumen la conducción de las acciones derivadas, articulándolas con los resultados e insumos de la etapa de ajuste del PII-U.



Por otra parte, en el abordaje del acompañamiento a realizar por parte de los profesionales y técnicos del presente Programa, establece que:

Terapeutas Especializados/as: Corresponde a trabajadores/as sociales y psicólogos/a, cuyo rol se centra en el proceso terapéutico de los casos asignados, mediante un acompañamiento en co-terapia, de forma individual y/o grupal con adolescentes y sus familias. Lo anterior, exige un trabajo coordinado que permita articular y otorgar sintonía a las acciones que se desarrollan, **evitando de esta manera, una sobre intervención**. El trabajo individual se desarrolla tanto en las dependencias del Proyecto como en terreno (domicilio, establecimiento educacional u otros espacios significativos para el o la adolescente y su familia). El acompañamiento debe articularse e implementarse de manera colaborativa con los tutores/as terapéuticos/as y gestores/as del Programa Prevención Focalizada, definiendo roles según los objetivos y temáticas a abordar del PII-U.

Tutores/as Terapéuticos/as: Son profesionales o técnicos/as del área de las Ciencias Sociales que, al no tener casos asignados, orientan su gestión a **crear y sostener entornos seguros** que favorezcan el abordaje de trayectorias de polivictimización y el fortalecimiento de prácticas de crianza. Entre sus tareas más relevantes se encuentra el **apoyo a los procesos de acompañamiento, desplegando acciones vinculares en la vida cotidiana a través de espacios formativos individuales y/o grupales**. Estos espacios buscan ser atractivos y significativos para adolescentes y familias, ofreciendo instancias de aprendizaje, contención y fortalecimiento relacional que contribuyan a la construcción de confianza y al desarrollo de prácticas que disminuyan la exposición al riesgo, en coordinación permanente con terapeutas especializados y gestores. Asimismo, apoyan las relaciones con el intersector y las redes comunitarias. Las acciones que se realicen deben estar en coherencia con los objetivos trazados en los PII-U y deben ser registradas en este instrumento.

En este contexto, el **Modelo Terapéutico Integrado contempla cinco componentes y diez dimensiones**, de los que se desprende una oferta programática de diez módulos de trabajo -ocho de éstos, pertenecen al presente Programa y dos corresponden al Programa de Prevención Focalizada-, a los que cada participante, según particularidades y siempre en sintonía con su PII-U, puede acceder y participar.

En la siguiente gráfica, se detallan los ocho módulos, con sus principales contenidos; según los componentes y dimensiones que integran el Programa Terapéutico Especializado:

Gráfica N° 10: Programa Terapéutico Especializado desde el Enfoque Rizomático



En cuanto a la gestión operativa para el desarrollo de los módulos temáticos, es importante tener en consideración los siguientes aspectos:

- Si bien, los terapeutas son los responsables de los PII-U, ello no implica una jerarquía entre el resto de los integrantes del equipo, muy por el contrario, requiere de un trabajo mancomunado e integrado con tutores/as terapéuticos y gestores/as, que potencie el aporte permanente de cada uno desde su ámbito de especialidad y experiencia para enriquecer el proceso de acompañamiento de cada adolescente y su familia, a fin de abordar los distintos aspectos que se han visto impactados por las vivencias de polivictimización.
- Resulta fundamental que todos los actores del proceso de acompañamiento sostengan **espacios de intercambio técnico** que permitan definir roles y acordar el camino que recorrerá cada adolescente y su familia. Esto implica determinar los módulos recomendados, los tiempos de participación, las metodologías y las estrategias a implementar, de manera que los contenidos y objetivos establecidos junto al o la adolescente y su familia puedan ser abordados de forma coherente y pertinente. Estas reuniones deben mantenerse durante todo el proceso, a objeto de ir evaluando sus resultados y ajustando la propuesta de acompañamiento al grupo familiar, de ser necesario.
- Cada componente contempla dos módulos: uno **base**, en el que se espera la participación de todos los y las adolescentes y sus familias o adulto cuidador/a -según corresponda-, y un segundo módulo **optativo**, al que podrán acceder de acuerdo con sus necesidades y trayectorias particulares.
- La participación en la fase modular se inicia con la incorporación al módulo **"Espacio de Seguridad y Encuentro Intergeneracional"**, donde desde el comienzo se focalizan acciones orientadas a la construcción de vínculos y a la generación de un entorno seguro. Este espacio busca favorecer la confianza y la participación activa, en coherencia con los objetivos definidos en el **PII-U.**
- Una vez establecido un vínculo y contando con un piso básico de seguridad, se promueve la participación de los módulos de los componentes Abordaje de Trayectorias de Polivictimización y Fortalecimiento de Prácticas de Cuidado.
- Respecto de la activación del Componente Articulación Intersectorial y Comunitaria, recordar que es un pilar transversal del Modelo**,** por tanto, sus módulos permanecerán activados durante todo el proceso de acompañamiento.
- Junto a lo anterior, es preciso señalar que esta oferta modular, se entrelaza con la oferta del Programa Prevención Focalizada, cuyo componente y respectivos módulos están orientados al fortalecimiento de recursos para la autonomía responsable.
- En este sentido, **tanto el o la adolescente como su familia pueden participar en uno o más módulos** del Modelo terapéutico Integrado -Programa Terapéutico Especializado y Programa de Prevención Focalizada-, de forma simultánea, conforme a lo suscrito en cada Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U); No obstante, se debe tener en cuenta que estas acciones simultáneas no generen una sobre intervención a los participantes.

En síntesis, el tránsito por los módulos se va construyendo, considerando las evaluaciones previas y de las necesidades y características detectadas en cada proceso de acompañamiento. La activación de los módulos se ajusta siempre a estas evaluaciones y se articula con los demás componentes del Modelo, conformando un entramado integral, coherente y sensible, que combina rigurosidad técnica con un acompañamiento respetuoso.

Finalmente, es necesario señalar que, los **módulos establecidos por el Modelo corresponden a una oferta base, pudiendo el equipo integrado adicionar otros, de acuerdo con las características y necesidades de los participantes y del territorio donde se inserte cada proyecto. De igual forma, sus denominaciones, corresponden a nombres de fantasía que son referenciales, pudiendo el equipo ajustarlos y/o cambiar sus nombres para hacerlos más pertinentes a las distintas realidades, manteniendo el sentido de éstos.**

En este orden de ideas, se presenta la oferta modular del Programa Terapéutico Especializado, desarrollada a partir de los componentes antes expuestos.

Módulos del Componente Entornos Seguros[32]

Como fue descrito con anterioridad, el componente de **Entornos Seguros constituye la base del Modelo Terapéutico Integrado, por lo tanto, los módulos de este componente se ofrecen de manera permanente durante toda la permanencia de los y las adolescentes y sus familias en el Modelo.**

Estos módulos se conciben como instancias de acompañamiento terapéutico que, desde un enfoque de derechos, favorecen el establecimiento de vínculos, la satisfacción de necesidades vinculadas al bienestar de los y las adolescentes y la participación activa. Integran dinámicas recreativas, culturales, artísticas y comunitarias bajo un enfoque inclusivo, asegurando accesibilidad física, comunicacional y cultural, de modo que adolescentes con distintas capacidades y familias diversas puedan participar en igualdad de condiciones.

Gráfica N° 11: Síntesis Módulos Componente Entornos Seguros

Componente Entornos Seguros				
Dimensión	**Nombre Módulo**	**Aspectos centrales que abordar**	**Participantes**	**Responsable**
Puertas Abiertas	"Espacio de Seguridad y Encuentro Intergeneracional"	• Satisfacción de necesidades básicas • Seguridad emocional • Formación en la cotidianidad	Adolescentes Familias (todos/as)	Tutores/as Terapéuticos en coordinación con equipo integrado.

Gestión del Riesgo	"Promoción de Bienestar y Autocuidado"	• Prevención de conductas de riesgo • Estrategias de co-regulación emocional • Re-conexión activa	Adolescentes y familias (que presenten altos factores de riesgos)	Tutores Terapéuticos, en coordinación con Terapeutas Especializados

Módulo **"Espacio de Seguridad y Encuentro Intergeneracional"**	
Propósito	Brindar un piso de seguridad física y emocional de manera permanente durante todo el proceso de acompañamiento.
Participantes	Todos los y las adolescentes y sus familias o adulto/a cuidador/a, puesto que el **módulo es un pilar transversal del Modelo.**
Desarrollo	El módulo busca propiciar la generación de un vínculo y seguridad, desde un reconocimiento mutuo y habilitar prácticas de encuentro que, aunque pequeñas, abran caminos hacia una participación individual y familiar más activa. La acogida inicial, especialmente durante la primera semana, es un momento clave para brindar contención a adolescentes y familias, presentar al equipo integrado y establecer rutinas básicas que aporten seguridad y previsibilidad. En este marco, el acompañamiento que considera la satisfacción de necesidades básicas -alimentación, acceso a baños y duchas, vestuario, espacios de descanso, juego y ocio- no se entiende de forma asistencial, sino como parte del proceso reparatorio. No se trata de "dar comida" o "proveer ropa", sino de reconocer derechos fundamentales y convertirlos en experiencias terapéuticas que promueven confianza y participación. La cotidianeidad se convierte en un escenario formativo, donde se entrenan habilidades socioemocionales (como la empatía, la autorregulación, la comunicación asertiva y la resolución de conflictos), favoreciendo la construcción de vínculos reparadores. **La participación se concibe como un proceso progresivo que se fortalece a través de las actividades y del vínculo con los tutores/as terapéuticos/as y el equipo integrado,** generando confianza epistémica y haciendo que este espacio sea significativo para quienes participan. De igual forma, la participación se fomenta mediante estrategias de enganche que inviten a adolescentes y familias a incorporarse activamente, reconociendo que, en la medida en que este espacio sea vivido como significativo, los propios adolescentes pueden, incluso, invitar a otros pares en situación de desprotección a participar del Programa, ampliando la red de protección y generando un efecto multiplicador de cuidado y reparación. El módulo se sostiene gracias al liderazgo de los tutores/as terapéuticos/as, en coordinación permanente con el equipo que participan del proceso para garantizar un acompañamiento estable y confiable. La participación del gestor/a ocupacional resulta esencial, ya que es quien elabora y ajusta las rutinas que se implementan en el espacio, siempre en diálogo con el equipo y en coherencia con los intereses y requerimientos de los y las adolescentes y sus familias. Estas rutinas se revisan en reuniones periódicas de análisis, teniendo presente; los hallazgos de los procesos de ajuste de los Planes de Intervención Individual Unificado, los resultados del levantamiento de intereses ocupacionales del Programa Prevención Focalizada, las evaluaciones trimestrales de los PII-U, y las valoraciones de los propios participantes y del equipo integrado. De este modo, se mantiene una dinámica y una flexibilidad, capaz de responder a las necesidades de los participantes y a los objetivos terapéuticos definidos. La voz de los y las adolescentes y sus familias es central, **por lo que se generan espacios de retroalimentación**-asambleas breves o conversaciones individuales- que permiten ajustar las dinámicas cotidianas y sostener la pertinencia del acompañamiento. Al ser un espacio común, se favorece también que los y las adolescentes participen en su mantención y organización, como una forma de aprendizaje y formación en responsabilidad compartida. Así, el módulo se convierte en un piso estable y permanente que propicia la posibilidad de procesar el trauma, sosteniendo la confianza y la previsibilidad necesaria para que el acompañamiento terapéutico se despliegue. Respecto de las familias o adultos/as cuidadores, propone un conjunto de acciones orientadas a **fortalecer vínculos familiares seguros, colaborativos y mentalizantes en contextos cotidianos y comunitarios.** Reconoce que el territorio ofrece oportunidades naturales para compartir, construir pertenencia y resignificar las relaciones entre generaciones. Su propósito es abrir espacios de encuentro entre adolescentes y sus familias, generando momentos de comunicación positiva, cooperación y reconocimiento mutuo desde el disfrute y la experiencia compartida, más que desde la exigencia o la formalidad.
Actividades Principales	**Con los y las adolescentes:** • **Acogida inicial:** Generar un espacio de bienvenida que favorezca la confianza, la orientación sobre el funcionamiento del proyecto y la identificación de necesidades inmediatas de bienestar (alimentación, higiene, descanso, vestuario). • **Organización de rutinas:** Diseñar rutinas que promuevan el uso positivo del tiempo libre, ofreciendo actividades recreativas, culturales, deportivas y artísticas que inviten a la participación y vinculación con el espacio. • **Participación en la mantención de las dependencias del proyecto:** Involucrar a los y las adolescentes en tareas de organización y cuidado del entorno como cocinar, ordenar y ambientar las dependencias, fortaleciendo el sentido de pertenencia, la responsabilidad compartida y el aprendizaje práctico. • **Rutinas formativas:** Incorporar actividades educativas y de desarrollo personal que fortalezcan habilidades socioemocionales, de autocuidado y competencias para la vida cotidiana. • **Asambleas y conversaciones individuales:** Facilitar espacios colectivos e individuales de diálogo que permitan ajustar dinámicas, resolución de conflictos, recoger opiniones y establecer acuerdos de convivencia, promoviendo participación activa y corresponsabilidad. • **Rutinas de bienestar:** Brindar a los y las adolescentes que lo requieran acceso a colaciones, espacios de higiene personal (ducha y servicios sanitarios), vestuario y otras condiciones que favorezcan su cuidado y bienestar integral. **Con las familias y/o adultos cuidadores y/o adolescentes:** Las actividades pueden adoptar diversos formatos • **Recreativas al aire libre:** caminatas familiares, juegos de confianza, fútbol, carreras de relevo, juegos de destreza, dinámicas de equipo. • **Lúdicas y artísticas:** pintura de murales comunitarios con mensajes de convivencia, talleres creativos, arte terapia, etc. • **Culturales y de sensibilización:** visitas a bibliotecas, museos, ferias locales o celebraciones comunitarias, integrando el proyecto en espacios significativos del territorio. • **De servicio comunitario compartido:** huertos vecinales, ferias solidarias, proyectos de reciclaje, escuelas comunitarias, etc. • **De vinculación emocional:** círculos de palabra, juegos de mesa intergeneracionales, actividades deportivas inclusivas donde adolescentes y adultos compartan equipo. **Metodologías:** **Espacios individuales y grupales (Talleres o consejerías)** con adolescentes y familias. **Es importante** tener presente que, en casos de **asistencias no planificadas por parte de los participantes a dependencias del proyecto**, se acoge siempre brindando un espacio de escucha en el que se define la continuidad del encuentro, o se reprograme resguardando dar un cierre que cumpla con acoger la motivación de su visita.

Módulo "Promoción de Bienestar y Autocuidado"	
Propósito	Fortalecer el bienestar y el autocuidado mediante acciones preventivas y formativas que permitan anticipar y/o enfrentar situaciones de riesgo, desde la dignidad, la participación y la construcción de proyectos de vida significativos, sin recurrir a una lógica asistencial.
Participantes	Adolescentes y familias y/o adulto/a cuidador/a que presenten altos factores de riesgo.
Desarrollo	Este módulo se orienta a utilizar metodologías socioeducativas, estrategias de inserción territorial y espacios grupales de información, abordando materias como acompañamiento digital, consecuencias sobre el consumo de sustancias, violencia de género, conductas transgresoras y otros temas relevantes para adolescentes en situación de desprotección avanzada. Dado que muchos adolescentes normalizan los riesgos como parte de su cotidianeidad, la formación se plantea de manera gradual, respetuosa y adaptada a sus tiempos y trayectorias. En este escenario, la formación progresiva en prevención de conductas de riesgo se orienta a**generar experiencias que favorezcan la agencia y la comprensión crítica del entorno**, **evitando la revictimización y promoviendo vínculos protectores y proyectos de vida significativos.** Este proceso busca ampliar la conciencia sobre las propias capacidades, consolidar habilidades para la vida y promover vínculos protectores. La participación de las familias se integra como parte de la reparación y la corresponsabilidad, ofreciendo oportunidades para reconstruir prácticas de cuidado y confianza. El módulo incluye estrategias de co-regulación emocional frente a situaciones de estrés o adversidad, entrega de información proteccional y recursos prácticos que padres, madres y adultos significativos pueden activar frente a conductas de riesgo. También contempla acciones de reconexión activa con adolescentes que se ausenten del Programa, asegurando continuidad en el acompañamiento y evitando rupturas en el vínculo terapéutico. La participación de las familias o adulto/a cuidador se concibe desde una lógica de reparación y corresponsabilidad, reconociendo sus saberes y trayectorias, y ofreciendo oportunidades para reconstruir prácticas de cuidado y confianza. De este modo, el módulo no solo previene riesgos, sino que fortalece habilidades para la vida, amplía la conciencia sobre las propias capacidades y promueve resiliencia en adolescentes y familias.
Actividades Principales	• **Temática de acompañamiento digital:** Talleres grupales con adolescentes y familias sobre uso seguro de las tecnologías de la información, como redes sociales, juegos en línea, plataformas de streaming, alcances de la privacidad y la exposición en línea; reflexión sobre la construcción de la identidad digital y estrategias de autocuidado y ciberseguridad frente a riesgos como acoso, bulling, grooming, o violencia sexual, entre otros. • **Temáticas de consumo de sustancias:** Espacios grupales de información sobre efectos físicos, emocionales y sociales; actividades de co-regulación emocional, como alternativas frente a presión de pares o situaciones de estrés. • **Temáticas de violencia sexual:** Espacios grupales de información y problematización sobre las nuevas formas de vulnerar la esfera de la indemnidad sexual, etc. • **Temáticas de buen trato a nivel familiar, escolar y comunitaria:** Círculos de diálogo sobre violencia familiar, escolar y comunitaria; talleres de habilidades socioemocionales (empatía, comunicación asertiva y autoregulación); información a familias sobre rutas de protección y recursos institucionales. • **Temática de reconexión activa:** Estrategias de seguimiento y rescate para adolescentes ausentes, mediante visitas territoriales, llamadas o encuentros breves; actividades de reintegración que permitan retomar rutinas y fortalecer la confianza epistémica. Las temáticas presentadas deben considerarse como referenciales, ya que deben ser ajustadas a las características particulares de sus participantes y de sus contextos socioculturales. **Metodologías: Espacios individuales y grupales (Talleres o consejerías)** con adolescentes y familias o adulto/a cuidador.

Módulos del Componente Abordaje de las Trayectorias de Polivictimización

Estos módulos constituyen el núcleo del proceso terapéutico focalizado en polivictimización, facilitando que los y las adolescentes puedan comenzar a resignificar estas experiencias, contando con los soportes necesarios para realizar un proceso terapéutico transformador. Es por ello, que se configuran como la base para alcanzar los objetivos del Programa, estando dirigidos al conjunto de adolescentes participantes, con metodologías y actividades adaptadas a los requerimientos, características personales, curso de vida y contexto territorial.

Un aspecto esencial en la gestión de estos módulos es la existencia de condiciones básicas de seguridad, señaladas en el componente, las cuales son trabajadas con el o la adolescente, su familia o adulto/a significativo, las cuales se van fortaleciendo en la medida que avanza el despliegue de los cuatro componentes.

Con la finalidad de ordenar el acompañamiento y evitar la sobrecarga del grupo familiar (adolescente y su familia), los o las terapeutas especializados/as organizan la forma en que se desarrollará el proceso y cómo se distribuirán las sesiones, tanto con el o la adolescente como con la familia, procurando que no se concentren ambos terapeutas en un solo adolescente en sesiones individuales, por cuanto podría generar una hegemonía adulta que limite la fluidez de la comunicación. En cambio, para las sesiones grupales se considera indispensable la presencia conjunta de los dos terapeutas.

Cabe señalar que, cuando sea necesario el despliegue del módulo, se complementará con los del Componente Articulación Intersectorial y Comunitaria, de manera de que el o la adolescente reciba las prestaciones del intersector que requiera; como también que participe de los recursos que le ofrezca su propia comunidad.

Gráfica N° 12: Síntesis Módulos Componente Abordaje de Trayectorias de Polivictimización:

Componente Abordaje de las Trayectorias de Polivictimización				
Dimensión	**Nombre Módulo**	**Aspectos centrales que abordar**	**Participantes**	**Responsable**
Integración del Trauma	"Cartografía Personal"	• Estabilización emocional • Manejo de Crisis • Procesamiento del Trauma • Transferencia de los aprendizajes a otras experiencias vitales	Todos los y las adolescentes y sus familias	Terapeutas especializados
Agencia Personal	"Mi Brújula"	• Autoconocimiento y autoconfianza • Regulación afectiva y habilidades interpersonales • Poner en práctica la toma de decisiones en ambientes protegidos	Adolescentes (que requieran trabajar agencia personal, en coherencia con el principio de autonomía progresiva)	Terapeutas especializados, en coordinación con gestores ocupacional y educativo

Módulo "Cartografía Personal"	
Propósito	Promover un espacio terapéutico que permita al adolescente iniciar un proceso de elaboración e integración del trauma en su continuo vital.
Participantes	Todos los y las adolescentes y sus familias o adulto/a cuidador/a.

Desarrollo	Para la ejecución del módulo, los terapeutas especializados/as deben considerar que los y las adolescentes con antecedentes de trauma complejo presentan una disminución en sus capacidades de mentalización, en la confianza epistémica y en la habilidad para recalibrar la mente frente a nuevos desafíos (Luyten, Campbell, Allison et al., 2020; Luyten y Fonagy, 2019, en Rossouw et al., 2021). La postura del terapeuta en su relación con él o la adolescente se basa en un interés y una curiosidad auténtica por su vida, sin juzgar, para lo cual es muy útil efectuar preguntas abiertas, respetando los tiempos y el estado emocional del adolescente, junto con evitar silencios prolongados, lo cual puede resultar altamente abrumador para las personas que les cuesta relacionarse con su mundo interior.
Etapas del proceso	• **Fase inicial:** Es necesario que siempre se inicie esta instancia mediante **sesiones individuales**, las cuales favorezcan un acercamiento más cercano, en distintos espacios donde se desenvuelve el o la adolescente; ya sea en las dependencias del modelo de atención, u en otros espacios donde el o la adolescente se sienta cómodo y sea seguro para el o la terapeuta, de manera de ir adentrándose en su mundo e ir comprendiendo como actúa su mentalización; con su entorno, grupo de pares y en la relación con sus adultos más cercanos. • **Formulación de los temas a trabajar:** El o la terapeuta le presenta al adolescente un borrador escrito de las problemáticas mencionadas por él o ella, el motivo de ingreso al programa, las emociones que ha expresado según se desprende de sus relatos. Este borrador es reescrito y cada uno/a se queda con una copia. Además, concuerdan si esta versión final va a ser compartida con la familia o adulto/a responsable, en su totalidad, parcialmente o si no va a ser compartida. También, puede ocurrir que se acuerde que en la medida que avance el proceso se incorpore al adulto. Cabe señalar que si bien, este módulo está **principalmente destinado a brindar un espacio para el o la adolescente** es importante que la familia esté en sintonía con el proceso que su hijo o hija está desarrollando, por lo que es favorable involucrarla en algunas sesiones en función de este propósito, siendo muy cuidadosos en preparar las condiciones, trabajar previamente con el adolescente y con el o los adultos/as en los módulos destinados al componte familiar. Al respecto, es importante tener en consideración que este acompañamiento disponga de la flexibilidad necesaria según la dinámica relacional existente en el contexto familiar, lo que implica ir adaptando las estrategias de trabajo con él o la adolescente y sus familias. • **Estabilización emocional:** Es importante retomar los factores de riesgo levantados en el ajuste del Plan de Intervención Unificado, o bien, estar atentos/as a la **identificación de nuevos riesgos**, en coordinación con los tutores/as terapéuticos que son quienes lideran el componente de Entornos Seguros y cuando sea necesario, se elabora un Plan de Seguridad en conjunto con él o la adolescente, su familia o adulto significativo, de modo de contar con un camino trazado para enfrentar eventuales situaciones de crisis; a saber, autolesiones, conductas que ponen en riesgo su vida o la de otros, u otras situaciones que se estime pertinente, siendo estas realistas e idealmente estén escritas para que todos/as los/las involucrados/as tengan claridad de las acciones a efectuar. Cabe señalar que, **cuando se presenten situaciones que sean constitutivas de delito o pongan en riesgo la vida del adolescente o de otras personas** no solo se deben realizar las acciones que establece la normativa legal y los lineamientos del Servicio, sino que también, se deber informar a los adultos/as que detenten su cuidado personal. • **Entrega de Información:** En estas sesiones se abordan contenidos respecto de elementos básicos de mentalización, identificación de emociones básicas, cómo funciona el apego, cómo las experiencias traumáticas afectan la forma en que las personas se vinculan y mentalizan. También se pueden integrar otros típicos que sean de pertinencia a las necesidades de los/las adolescentes. Con relación a las metodologías, estas pueden ser diversas, en general los manuales de mentalización sugieren que se realicen en espacios grupales e incluso pueden ser jornadas en que participen adolescentes y adultos/as de la familia. No obstante, la mirada rizomática plantea el énfasis a las particularidades de cada participante, determinando el camino que recorrerá y el cómo lo hará cada adolescente. La forma en que se abordarán estos contenidos puede ser diversa, a través de talleres, juegos, juego de roles, conversaciones, observar películas o cortometrajes, entre otros. • **El valor del espacio grupal:** reside en que favorece la reconexión social y la mentalización de experiencias traumáticas; para lo cual se requiere establecer algunas normas de convivencia para que sea un lugar seguro, confiable y que promueva el habla de todos/as sus participantes. El espacio grupal siempre debe ser dirigido por dos terapeutas y se debe ser cuidadoso en su conformación de modo de que sea un lugar protegido para sus integrantes, asegurando que no sea una fuente de exposición a sufrir nuevas vulneraciones de derecho, revictimizaciones o reproducción de sesgos y/o estereotipos de género. Los o las terapeutas deben promover acuerdos de convivencia grupal, como, la amabilidad, el respeto, la tolerancia, hablar en primera persona como “yo creo”, “yo siento”, “a mí me parece”, “lo que a mí me pasa” y aclarar que es un espacio “libre de consejos”, “de juicios” y de “chismes” o “violencia”. • **Procesamiento del trauma:** Esta es la fase central, ya que él o la adolescente *toma la palabra* para construir un relato con el acompañamiento de su terapeuta en **sesiones individuales** y cuando sea recomendable lo compartirá en el espacio grupal, como una práctica mentalizadora. Mentalizar el trauma implica reflexionar acerca de las experiencias de polivictimización de una manera coherente y emocionalmente conectada. Asimismo, el tomar conciencia del impacto del trauma complejo en la propia vida, si se cuenta con soportes protectores en el entorno y en la familia, neutraliza el riesgo de recrear y repetir una y otra vez las experiencias traumáticas. Para llegar a este punto se construye un camino en que se van abordando cuidadosamente las trayectorias de polivictimización, lo que permite que finalmente el o la adolescente elija un acontecimiento traumático concreto y biográficamente significativo para trabajar en un nuevo relato que presentará al grupo, cuando sea posible, de lo contrario, lo efectuará con el terapeuta de forma individual. El objetivo de que el o la adolescente construya un nuevo relato de su experiencia traumática y pueda empezar a hablar desde un *I-mode* narrando el modo en que pudo experimentar la situación traumática, no de modo descriptivo, sino como él o ella lo vivió, pudiendo incorporar en este relato las emociones que experimentó. Se trata de acceder a una afectividad mentalizada, de tal modo que pueda *pensar acerca del sentimiento* al tiempo que es sentido, conectando con una emoción sobre la cual, al mismo tiempo, es posible reflexionar. Cuando ese relato se presenta en grupo, uno de los terapeutas con el cual ha trabajo en las sesiones individuales, lo o la acompaña en esta narración, y ayuda a evitar el riesgo de *pretend mode,* de disociación o desbordamiento; y el otro/a terapeuta promueve que el grupo mantenga una escucha respetuosa y no juzgadora. Cuando el relato se presenta en el grupo, sus integrantes hacen un trabajo de empatía y de conexión emocional para intentar entender cómo se sintió su par cuando vivió la experiencia relatada y pueden comentar como han podido mentalizar la situación expuesta. Ese ejercicio, en el que se hace esencial el cuidado, facilita que el o la adolescente que ha efectuado su exposición pueda revisar y matizar la dimensión Me-*mode** a través de una reflexión acerca del impacto que el trauma ha tenido en su vida, incorporando también las sensaciones que puede haberle suscitado la manera en que ha podido ser escuchado o escuchada por el grupo. La posibilidad de vivenciar cómo otras mentes están disponibles para una escucha reparadora, resulta un elemento muy potente del acompañamiento terapéutico. **Esto marca un hito de reconexión social y de reparación, que disminuye la vergüenza y las conductas evitativas, matizándose la visión que se tiene de sí mismo/a y de los/las demás,** para posteriormente, transitar al We-mode, que es el *modo nosotros*, en que él o la adolescente sin dejar de estar conectado con su propia visión, pueda considerar también la perspectiva de los demás. Es recomendable que cada adolescente tenga la posibilidad de dos rondas para exponer su relato, especialmente cuando se trata de temas tan sensibles, entonces, en la segunda oportunidad se ha incrementado la confianza epistémica, permitiendo incluir en el relato recuerdos y experiencias que han permanecido ocultas, olvidadas, escondidas, por su contenido doloroso, de manera de ir elaborando los elementos del trauma complejo.

	• **Cierre y generalización de las experiencias replicables:** En la fase final del módulo se requiere trabajar de manera explícita el término del proceso y la despedida en las sesiones individuales, y también, en las grupales, cuando corresponda. Es importante revisar el camino recorrido, las emociones que provoca en el o la adolescente la despedida, ya que pueden surgir una variedad de sentimientos que es importante puedan identificar, reconociendo incluso que aún queda mucho por trabajar, entre otros aspectos. Asimismo, es importante en estas sesiones de cierre incorporar a la familia para hacerla parte del proceso trabajado, previo acuerdo con los y las adolescentes. Un propósito fundamental del módulo es la revitalización y generalización de las experiencias reparadoras que se desarrollaron en el acompañamiento terapéutico, externalizando la reconexión social y la confianza epistémica a otros espacios donde participa el o la adolescente. El desafío de favorecer una externalización de los aprendizajes a otros espacios en los cuales participa el o la adolescente, tanto al interior del Modelo, como fuera de él, se favorece a través del trabajo de los gestores/as del Programa de Prevención Focalizada. [1] I-mode en mentalización alude a las personas se centra en sus pensamientos, sentimientos, experiencias internas, de manera conectada con su mundo interno, en detrimento en ocasiones de la posibilidad de considerar la perspectiva de los demás. [2] Me-mode se refiere al modo en que la persona se percibe a sí misma, se vincula con la forma en que siente que es percibido por los demás y se vincula la identidad y la comprensión de sí mismo/a.

Módulo "Mi Brújula"	
Propósito	Fortalecer la capacidad de los y las adolescentes para reconocerse como agentes activos de sus vidas, promoviendo la toma de decisiones responsable, la autodeterminación, aumentando la sensación de control sobre sus vidas
Participantes	Solo adolescentes (que requieran trabajar agencia personal, en coherencia con el principio de autonomía progresiva)
Desarrollo	El sustento de este módulo es que los y las adolescentes que han experimentado trauma crónico, es decir, que han estado expuesto de manera permanente a situaciones de desprotección y violencia en su entorno de cuidado, han visto afectada la posibilidad de controlar y agenciar sus vidas. Se desarrolla a través de sesiones individuales y grupales, dependiendo de los requerimientos de cada participante, siendo recomendable que puedan interactuar en ambos espacios. Su metodología es principalmente activa; es decir, motiva a la reflexión desde una mirada hacia las fortalezas. Con relación a las técnicas, estas se adecuan al curso de vida, intereses y características de los participantes y de los territorios. Asimismo, se puede desarrollar de manera complementaria al módulo anterior, antes o después, en concordancia con lo planteado en el Plan de Intervención Unificado PII-U.
Etapas del proceso	• **Autoconocimiento y autoconfianza:** En coordinación con el gestor/a ocupacional que aporta la información levantada respecto de sus intereses, se puede profundizar para que el adolescente pueda hacer visible ante el o ella misma las áreas en las cuáles es competente, y también las que se le dificultan, logrando desarrollarse desde la mirada de sus fortalezas. En la medida que él o la adolescente va ampliando la visión de sí mismo, desde una mirada más integradora y compasiva consigo, va recuperando la confianza en que puede tener el dominio de sus conductas y tomar algunas decisiones, aunque no controle todos los ámbitos de su vida. **Regulación afectiva y habilidades interpersonales:** Se trabaja con el o la adolescente con el fin de que identifique sus emociones, aprenda gradualmente a regularlas a través de técnicas que pueda aplicar en el momento en que se sienta sobrepasado/a, como también, a desarrollar habilidades sociales y poner límites de manera asertiva, acompañándolo/a en que distinga sus vivencias pasadas del presente, logrando externalizar el problema y separarlo de su identidad. Por ejemplo, sustituir la aseveración "yo soy miedoso "por la afirmación "frente a situaciones determinadas siento miedo", este tipo de ejercicios que pueden parecer muy simples, le otorga cierto grado de agencia y de control sobre su vida. Otro ejemplo, en vez de indicar "soy ansioso/a", modificar por "ciertas situaciones me ponen muy ansioso/a". También se pueden abordar situaciones de malestar, mirando desde afuera lo que le ocurre y como se activa su "desborde emocional", ayudándolo/a a identificar estos patrones, como también situaciones en que ha sido exitoso/a en regularse, por ejemplo, que ha logrado calmar su enojo "sin explotar". De este modo va registrando que, al adquirir control sobre su mundo interno, va avanzando en construir una identidad más amplia que el trauma, que lo incorpora, pero no lo o la define como persona. Por su parte, el reconocimiento de una identidad más integrada de sí mismo/a, favorece el mejoramiento de las habilidades para relacionarse con otros y otras, ya que comprende cómo sus acciones afectan a los/las demás y viceversa, pudiendo expresar lo que siente de manera asertiva, más conectada con lo que siente; como también siendo coherente con sus propios límites corporales y emocionales. Así, se sientan las bases de una toma de decisiones responsable, alejada tanto de la culpa extrema como su externalización. • **Poner en práctica la toma de decisiones en ambientes protegidos:**Con el transcurso de su participación en el módulo el o la adolescente puede nombrar lo que siente y necesita, puede comprender sus reacciones, expresar sus opiniones de manera asertiva logrando ampliar su identidad, no restringiéndola a las experiencias traumáticas. Lo anterior, le permite proyectarse, tomar decisiones en ámbitos de su competencia y actuar en consecuencia. En este sentido, **restaurar la percepción de elección y de control de la propia vida, es un proceso paulatino, que se va dando de manera incremental.**partiendo por tomar decisiones sobre cosas pequeñas o micro-agencia, que lo va habilitando a ir en escalada, ampliando su rango de influencia. Por ejemplo, puede ir entrenando la toma de decisiones en las sesiones, u en otros espacios que se ofrezcan en las instancias del Modelo, o bien en otras situaciones sociales del entorno próximo o las que promuevan los Gestores/as del Programa de Prevención Focalizada, de modo de ir avanzando en elecciones más complejas, como elección de amistades, estudios u otros temas más trascendentes. El rol del terapeuta especializado es acompañar el proceso de toma de decisiones, sin sobreproteger, ayudando a mirar las dificultades como oportunidades de aprendizaje, estando atento/a a no cometer el error de exigir autonomía demasiado pronto, devolviendo constantemente la capacidad de elección a el o ella. Cabe señalar, que la agencia nunca se debe relacionar respecto a que el o la adolescente tuvo alguna responsabilidad en ser víctima de polivictimización, y que pudo haber hecho algo para evitarlo. Se espera trabajar en la capacidad para reconstruir e influir en cómo el/la adolescente proyecte su vida.

1.

Módulos del Componente Fomento de Prácticas de Cuidado

La idea central de este módulo es **fortalecer las prácticas de cuidado en las familias**, generando condiciones para que padres, madres y cuidadores/as se reconozcan como referentes protectores y puedan sostener vínculos significativos con los/las adolescentes.

El acompañamiento familiar constituye uno de los desafíos más complejos para el equipo, dado que los adultos suelen encontrarse sobrecargados por las tareas de crianza, con escasos soportes para el desarrollo de sus habilidades parentales y vínculos tensionados o periféricos con sus hijos e hijas. A ello se suman trayectorias no reparadas de violencia intergeneracional y, en algunos casos, sucesivos contactos con el sistema judicial y proteccional.

Por esta razón, el equipo debe situar su mirada en una comprensión contextualizada de las familias, considerando los desafíos propios del siglo XXI (multiplicidad de tareas, escasa conciliación laboral y familiar, falta de tiempo para el ocio personal) y las características particulares de los territorios y marcos culturales.

Se requiere **una perspectiva realista e interseccional de las familias**, en el entendido que esta última es una herramienta analítica que considera diversas categorías sociales y sistemas de poder (género, etnia, clase, orientación sexo-afectiva, discapacidad) interactúan simultáneamente, creando experiencias específicas de privilegio, exclusión o discriminación, por ejemplo, en el caso de una mujer, madre, en situación de vulnerabilidad social, afrodescendiente, migrante y perteneciente a la comunidad LGBTIQ+, se entrecruzan categorías discriminatorias distintas a la de una mujer, madre, en situación de vulnerabilidad social, heterosexual y que viven en una zona urbana con acceso a servicios básicos. En esta línea de análisis, estas distinciones que ofrece el paradigma de la interseccionalidad deben siempre considerarse a la hora de trabajar con estas madres, ya que impactan directamente en el despliegue de su marentalidad y, probablemente, en los soportes de los que dispone para desempeñar sus

tareas de cuidado.

El trabajo con los adultos se orienta a que puedan empatizar con las historias de polivictimización de los y las adolescentes, comprendiendo el impacto de dichas experiencias desde una mirada afectiva, no juzgadora. Se busca que se reconozcan como recursos protectores capaces de interrumpir trayectorias dañinas, acompañando en el proceso terapéutico y vinculándose de manera acorde al curso de vida de los y las adolescentes.

Cuando sea necesario podrán incorporar referentes adultos de la familia extensa, (abuelos, abuelas, hermanos mayores de edad, tíos, tías, entre otros), o bien, otros adultos que son referentes significativos para el o la adolescente, como profesores/as, vecinos/as, madrinas, padrinos u otros, que puedan apoyar o complementar en ciertas tareas de cuidado a padres, madres o cuidadores, cuando , estos se encuentran inhabilitados, por parte de la judicatura, o presentan graves problemas para ejercer el rol protector y de cuidados.

Los y las terapeutas tienen que ser muy cuidados y respetosos para organizar el proceso de acompañamiento terapéutico al grupo familiar (familia y adolescente) de manera de no abrumarlos con requerimientos que no tienen la posibilidad de responder o que implique una sobre intervención, tal como fue señalado en el apartado que desarrolla los Módulos del Componente Abordaje de Trayectorias de Polivictimización.

Finalmente, el desarrollo de este módulo se complementa con los del Componente Articulación Intersectorial y Comunitaria, de manera que la familia reciba las prestaciones del intersector que requiera; como también que cuente con los soportes para ejercer adecuadamente las tareas de cuidado.

A continuación, se presenta una tabla que resume los principales contenidos que se abordarán en cada Módulo:

Gráfica N° 13: Síntesis Módulos Componente Fomento de Prácticas de Cuidado

Componente Fomento de Prácticas de Cuidado				
Dimensión	**Nombre Módulo**	**Aspectos centrales que abordar**	**Participantes**	**Responsable**
Fortalecimiento de Vínculos Familiares	"Vínculos que Transforman"	• Contención emocional al adolescente durante su proceso terapéutico. - Conexión o reconexión con el o la adolescente. - Fomento de prácticas de cuidado acorde al curso de vida.	Todas las familias y/o adulto cuidador/a y adolescentes.	Terapeutas especializados
Abordaje de la Violencia Intergeneracional	"Mis Raíces de Cuidado"	- Revisión de historias de cuidado de los adultos. - Conexión de las historias de cuidado con las prácticas de parentalidad/marentalidad.	Familia o adulto cuidador/a (con historia de violencia intergeneracional)	Terapeutas especializados

Módulo "Vínculos que Transforman"	
Propósito	Promover vínculos afectivos y de cuidado entre la familia, especialmente adultos/as cuidadores y/o referentes y el o la adolescentes, en sintonía con sus características particulares y curso de vida.
Participantes	Todas las familias y/o adulto/a cuidador/a y adolescentes.
Desarrollo	Se propone abordar la parentalidad y/o marentalidad desde la mirada evolutiva propuesta por Malberg et al. (2021), ya que permite acompañar a los padres, madres o cuidadores/as considerando el punto en el cual se encuentran en sus roles de crianza y favorecer procesos de crecimiento en estos roles, apoyándolos en la revisión de sus experiencias de cuidado del adolescente. Las familias que acuden a los programas de protección especializada suelen hacerlo con una carga de frustración, molestia, vergüenza, cansancio y/o desbordados por tener que hacer frente a diversas problemáticas. Frente a lo cual favorece que los o las terapeutas se planteen desde una postura de la mentalización, basada en un abordaje auténtico, curioso, humilde y culturalmente sensible, ya que motiva la apertura hacia el aprendizaje social mutuo, en un contexto intersubjetivo entre los padres y terapeutas; promoviendo de este modo la confianza epistémica, tan crucial para desarrollar un proceso de acompañamiento terapéutico. **Por último, es crucial que el conjunto de familias, cuidadores/as o adultos significativos participen de este módulo, de manera de alcanzar los objetivos propuestos, siendo posible adecuar los contenidos y metodologías a sus características y sus contextos.**
Etapas del proceso	• **Fase inicial:** Se requiere comenzar construyendo una base de confianza con la familia para que tengan apertura a participar de un proceso de acompañamiento terapéutico. Para lo cual se requiere siempre comenzar con sesiones personalizadas con cada grupo de familias, en las cuales, dependiendo de los temas a tratar, algunas pueden estar dirigidas solo a adultos, en otras participar adultos y adolescente e incluso todo el grupo familiar, es decir, invitar a hermanos/as y a otras personas que sean claves para alcanzar los objetivos trazados en el PII-U. Por otra parte, los y las terapeutas diseñan actividades orientadas a **explorar las dinámicas familiares y los marcos culturales** que las sostienen. Estas instancias permiten comprender la forma en que las familias mentalizan, los roles que asignan, los sesgos o estereotipos de género presentes en la crianza, las historias de cuidado de los adultos y la identificación de patrones de violencia intergeneracional, entre otros aspectos. Para ello, se pueden utilizar preguntas que abran la conversación y favorezcan la reflexión, tales como: ¿cómo describirías al adolescente que cuidas?, ¿qué imaginas que piensa ti?, relata alguna situación conflictiva con ellos y cómo la abordaron, ¿cuáles son las fortalezas que cree tener como cuidador/a?; ¿quiénes te criaron y cómo influyeron en tu forma de cuidar?, en tu niñez cuando estabas estresado/a o te sentías lastimado/a ¿contabas con algún adulto/a al cual recurrir?, ¿cómo calificarías la relación con tus padres o cuidadores?, ¿cuáles eran las emociones más frecuentes que sentías en tu adolescencia?, entre otras. Otro aspecto importante de considerar en esta etapa es **tener a la vista los factores protectores y de riesgo identificados** en informe del Diagnóstico Clínico Especializado, o los que se relevaron en la fase de ajuste del Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U), puesto que es importante asegurarse de que los adultos/as se encuentren recibiendo las prestaciones de salud necesarias, en casos de presentar alguna patología de salud en general o de salud mental , o bien que, accedan a los servicios de la política pública que les corresponda, especialmente, los que se pueden constituir en soportes para el ejercicio adecuado de su parentalidad o marentalidad. Por último, se recomienda comenzar con sesiones con todo el grupo familiar para conocerse, recordar las razones de su participación en el Modelo y concordar como se trabajará, al menos de manera inicial, ya que este trazado puede ajustarse según los ajustes del PII-U. Entonces se puede definir si las sesiones, se desarrollarán en las dependencias del Modelo, en la vivienda familiar u otro espacio que cuente con las condiciones para la familia y los terapeutas. Así también, se concuerda el horario, dando facilidades que promuevan su participación, si las sesiones se desarrollarán de manera paralela, con los y las adolescentes, en días distintos, entre otros aspectos que ayuden a que la familia se sienta parte del proceso y motivada a ser parte del desarrollo del Módulo. • **Formulación de los temas a trabajar:** Al igual como se efectuó en el Módulo "Cartografía Personal", los terapeutas le presentan a la familia un borrador escrito de las problemáticas que surgieron y la afectación emocional de la familia. Este borrador es reescrito en sesión con la familia, quedándose con una copia cada una de las partes. Se concuerda con la familia cómo se irán abordando los temas, teniendo a la vista los objetivos trazados en el PII-U y como se articulará la participación de la familia en los distintos módulos que ofrece el Modelo Terapéutico. • **Entrega de información:** Esta etapa es similar a la señalada en el Módulo con los y las adolescentes, por lo que, si le suma valor, se pueden realizar sesiones en conjunto padres/madres o cuidadores/as con sus hijos/as o por separado, utilizando metodologías dinámicas que capturen la atención de los y las participantes. Los terapeutas comparten información acerca de los elementos centrales de la mentalización, en estas sesiones se abordan contenidos respecto de elementos básicos de mentalización, estilos de apego y cómo esto afecta en la regulación de las emociones, efecto de las experiencias traumáticas en el desarrollo infanto- juvenil, **de modo que lo puedan conectar con las conductas que presentan sus hijos e hijas o adolescentes bajo su cuidado** identificando emociones básicas, cómo funciona el apego, cómo las experiencias traumáticas afectan la forma en que las personas se vinculan y mentalizan.

Asimismo, se puede entregar información acerca de las características de la etapa adolescente, del uso responsable y riesgos de las tecnologías de la información e incorporar otros temas que planteen las familias que les interesaría abordar.

Respecto de las metodologías, lo recomendable es que cada familia participe de sesiones individuales y grupales, y la forma en que se realicen dependerá del camino que se recorra con cada grupo familiar (partiendo siempre por instancias individuales), en coherencia con la mirada rizomática. Puesto que los **espacios grupales** aportan conexión social entre quienes están ejerciendo labores de cuidado y favorece procesos de mentalización. Y, al igual que con los y las adolescentes, los o las terapeutas promueven acuerdos de convivencia grupal, de modo de que sus participantes se sientan seguros y confiados de este espacio. Entonces las sesiones o talleres grupales siempre son dirigidos por dos terapeutas, siendo cuidadosos en la conformación del grupo, para que sus integrantes lo signifiquen como un lugar seguro. Asimismo, en la primera sesión los o las terapeutas explicitan que tiene ser un espacio amable, confiable, respetuoso, libre de juicios y de consejos para lo cual se va a respetar los turnos de las palabras, que se va a hablar en primera persona, es decir, "yo pienso, "yo opino", "a mí me pasa", "yo tengo otra experiencia".

- **Contención emocional al adolescente durante su proceso terapéutico:** Es probable que los y las adolescentes les cueste verbalizar que requieren sentirse apoyados por los/las adultos/as cuidadores durante el proceso terapéutico, no obstante, no propiciarlo sería reproducir el sentimiento de abandono y soledad con los cuales han enfrentado las experiencias traumáticas. Es por ello, que es importante que, con la información entregada en la etapa anterior, la familia pueda conectar con que muchas de las conductas que presentan los adolescentes y que parecen desafiantes, conflictivas, retraídas o difíciles de manejar para los cuidadores/as, responden a sus trayectorias de polivictimización. Y desde esa mirada, lo que ellos/as requieren en estos momentos, en que se está realizando un proceso terapéutico, es que sintonicen con sus procesos y no que les "recriminen" sus "conductas indeseadas", que los acompañen afectuosamente y contengan, ya que ellos y ellas se encuentran recorriendo un camino que implica revisitar experiencias dolorosas y conectarse con sentimientos difíciles de tolerar. Así se trabaja en las sesiones su capacidad para empatizar y conectar afectivamente con los y las adolescentes.

- **Conexión o reconexión emocional con el o la adolescente:** En sesiones se trabaja en conjunto con adolescente y familias (sesiones individuales y/o grupales) y a través de diversas técnicas, que pueden ir desde realizar actividades recreativas juntos hasta participar de espacios terapéuticos más estructurados, promoverán que se conozcan de manera más profunda, incentivando a la validación y comprensión del otro/a.

Es importante que los o las terapeutas intensionen conversaciones o espacios de intercambio en que no se hable de problemas, sino centrar la atención en aspectos que los pueden ayudar a conectar, como puede ser, comparar como hablaban y vestían los adolescentes cuando los padres estaban en esta etapa y como es en la actualidad; volviendo a situar el intercambio en aspectos positivos, cada vez que se desvíe la atención a nociones negativas o quejas acerca del comportamiento del otro. En la medida que se va logrando mayor sintonía afectiva, se van proponiendo actividades que proponen mayor cercanía corporal (siempre respetando los límites del otro/a) e intimidad emocional.

- **Fomento de prácticas de cuidado acorde al curso de vida:** En general, los padres y madres o cuidadores adolescentes suelen sentirse abrumados en esta etapa y les cuesta ajustar sus prácticas de crianza a los requerimientos actuales. Esta situación se exacerba cuando ellos y ellas presentan malestar emocional o psicológico producto de las experiencias de polivictimización, mediante conductas internalizantes (ansiedad, depresión, retraimiento, síntomas somáticos) o externalizantes (agresión, autolesiones, transgresión de normas, impulsividad) que tornan más desafiante el ejercicio de la marentalidad o parentalidad.

Apoyados en el camino recorrido a través del despliegue del Módulo y ofreciendo permanentemente una experiencia emocional en que los padres y madres (o cuidadores/as) puedan experimentar el valor transformador de sentirse comprendidos/as, los/las terapeutas van motivando a la familia a interesarse por lo que se encuentra a la base de los comportamientos de los adolescentes. De este modo, progresivamente, los adultos/as mejoran la conciencia de sus propios estados mentales y desarrollan una mayor capacidad de imaginar los estados mentales de sus hijos/as adolescentes (mentalización), lo cual facilita que ellos y ellas se sientan escuchados/as, constituyéndose un primer paso para confiar o volver a confiar en sus adultos cuidadores.

En línea con lo anterior, **resulta altamente reparador para los y las adolescentes contar con adultos confiables y que se constituyan en referentes afectivos, como también que desarrollen tareas de crianza que les permitan sentirse cuidados/as y protegidos.**

Dentro de las labores de cuidado que se abordan con los padres/madres (o cuidadores/as) se encuentra, cubrir las necesidades básicas de alimentación, vivienda, salud, inserción o continuidad educativa, interrupción de trayectorias de polivictimización entre otras. Es importante, que cuando la familia no esté en condiciones de asegurar este piso se trabaje para que cuente con las herramientas para activar los recursos que le permitan hacerlo.

De manera complementaria, como ya fue señalado, se debe atender a los desafíos actuales a los que se enfrentan las familias y los riesgos a los cuales están expuestos los y las adolescentes en el hoy, como son el fácil acceso a las tecnologías de la información. Para atender a este desafío, se pueden realizar talleres en temáticas como "Prevención y autocuidado digital en familia", que tengan como finalidad entregar herramientas operativas sobre el uso de redes sociales y plataformas tecnológicas, acompañando activamente la vida digital de sus hijos e hijas. Asimismo, se pueden sumar otros talleres que surjan de las necesidades de las familias o que el equipo identifique como necesarios, a partir de su trabajo territorial.

- **Cierre:** Se orienta a consolidar la participación de las familias y adultos significativos como agentes activos en la vida de los y las adolescentes, favoreciendo vínculos más seguros, protectores y sensibles a las necesidades de su etapa adolescente. **Valorando la participación en el Módulo como una oportunidad de encuentro y de crecimiento familiar,** incorporando nuevos estilos de comunicación y rutinas que favorecen la convivencia y particularmente prácticas de cuidado de los hijos e hijas.

Módulo "Mis Raíces de Cuidado"	
Propósito	Otorgar un espacio protegido para que los adultos/as revisen sus historias de cuidado y desde ese lugar conectar con sus prácticas actuales de crianza.
Participantes	Familia o adulto/a cuidador/a (con historia de violencia intergeneracional).
Desarrollo	Como se ha señalado en distintos apartados del documento para cuidar se requiere haber contado con experiencia de cuidado, es por ello, que es muy probable que muchos padres, madres o adultos a cargo de la crianza no hayan tenido esta posibilidad, ni hayan contado con espacios terapéuticos para resignificar sus historias de violencia o desprotección. Es por ello, que cuando se cuente con antecedentes de violencia intergeneracional en la familia, se les ofrece a las figuras adultas participar de este Módulo, para que cuenten con un espacio protegido en el cual puedan revisitar su niñez y adolescencia, revisando sus experiencias de desprotección, las emociones que emergen a partir de ese recorrido, como también, las estrategias que utilizaron para hacerle frente, si contaron con adultos/as que los contuvieran y el impacto en sus vidas. Favorecer estos espacios de encuentro, permitirá colaborar en mejorar la vinculación con sus hijos e hijas o adolescentes bajo su cuidado, en atención a sus necesidades. Este módulo es conducido por un o una terapeuta y se ofrece a al menos uno de los adultos/as que desempeña los cuidados principales. Y cuando sea posible se entrega a una figura masculina y a una femenina en el caso de familias heterosexuales, o ambas figuras en caso de familias homoparentales.

Etapas del proceso	• **Fase inicial:** El o la terapeuta refuerza con el adulto/a la seguridad del espacio y que su propósito se relaciona con revisar su historia de cuidado en su niñez y adolescencia y como éstas se vinculan con el ejercido de sus tareas de crianza en la actualidad. También, es importante que se aclare que es un espacio acotado, por lo que si requiere seguir trabajando temas o surgen problemáticas que exceden el alcance del Modelo se le conectará con otra instancia que pueda atender sus necesidades. • **Revisitando la niñez y adolescencia**: El o la terapeuta guía al adulto o adulta a retroceder en el tiempo e ir a su niñez y adolescencia, utilizando técnicas muy concretas como puede ser construir una línea de vida en la cual vaya identificando acontecimientos o hitos, asociándolos con emociones experimentadas en esa época; como también recociendo a adultos/as que tenía como referentes, ayudando a ver en perspectiva la vida, tomando distancia, y a la vez conectándolo con la emocionalidad. Este ejercicio puede tomar varias sesiones ya que concluye este recorrido con los acontecimientos de la actualidad. Preguntas que pueden guiar este proceso ¿cómo te sentiste?,¿hubo adultos/a en tu entorno que te cuidaron? ¿sientes la misma emoción en la actualidad?, entre otras. En el caso de familias migrantes, podría ser un tópico a trabajar, las diferencias entre las prácticas culturales de crianza del país de origen y las chilenas, por ejemple referidas a los permisos u otros, lo cual sino se aborda pudiera ser una fuente de conflicto, puesto que es probable que los y las adolescentes quieran seguir los códigos culturales que tiene la juventud en Chile. • **Conexión de la historia de cuidado con el ejercicio de la parentalidad o marentalidad:**Unavez realizado este recorrido el o la terapeuta, plantea preguntas que ayuden a conectar su historia personal de cuidado con su ejercicio de la parentalidad o marentalidad en la actualidad. Preguntas que pueden ayudar a en esta reflexión, pueden ser: ¿visualizas similitudes o diferencias entre tu historia y la de tu hijo o hija?, ¿visualizas similitudes o diferencias entre cómo te cuidaron a ti y cómo tu cuidas en la actualidad?, ¿ te has encontrado pensando que cuando eras niño o niña te decías a ti mismo/a “cuando sea madre o padre no voy a hacer esto con mis hijos/as” y ahora lo haces?, ¿en qué se diferencia y en que se asemeja de cómo te sentiste en la adolescencia y como imaginas que se siente en tu hijo/a o adolescente bajo tu cuidado, entre otras interrogantes. • **Cierre transformador:** El o la terapeuta promueve un cierre del Módulo, desde una mirada esperanzadora, es decir, que es posible elaborar la propia historia de cuidado y reescribir una nueva con su hijo e hija o adolescente que cuida. Preguntas que pueden abrir estas reflexiones pueden ser: ¿Cuál es tu mayor miedo y tu mayor esperanza para tu hijo o hija, hoy?, ¿Qué te gustaría modificar de la relación actual con tu hijo o hija adolescente? ¿qué actividades nuevas podrían realizar que les guste a ambos? De este modo, **se instala la idea de que es posible sanar las historias vitales si se recibe la ayuda adecuada y se cuenta con un contexto que favorece la reparación;** como también transformar los vínculos, abriendo nuevos caminos para acompañar a los hijos e hijos en su desarrollo.

Módulos del Componente de Articulación Intersectorial y Comunitaria

Los Módulos tienen como propósito apoyar la inserción y validación territorial, de manera que los distintos actores de la comunidad identifiquen al Modelo como un recurso de la comunidad. Asimismo, es importante el trabajo con el intersector, de modo que cuando se requiere que los y las adolescentes como sus familias reciban sus prestaciones se “sientan bienvenidos/as” y puedan, no solo acceder, sino que se mantenerse vinculados, recibiendo los servicios que requieran, en una lógica de ampliar su círculo de oportunidades.

En coherencia con lo señalado en el componente, los Módulos se desarrollan de manera transversal y permanente:

Gráfica N° 14: Síntesis contenidos Módulos Componente Articulación Intersectorial y Comunitaria

Componente Articulación Intersectorial y Comunitaria				
Dimensiones	**Nombre Módulo**	**Aspectos centrales que abordar**	**Participantes**	**Responsables**
Inserción y vinculación del Modelo con el territorio	“Redes que Cuidan”	**-ANÁLISIS TERRITORIAL Y CONTEXTUAL** -Instalación del Modelo en el Territorio **-GESTIÓN OPERATIVA INTERSECTORIAL**	Todos los adolescentes y familia o adulto/a cuidador/a	Director/a en coordinación con el equipo integrado
Conexión de adolescentes y familias con recursos del territorio	“Territorios que Acompañan”	-Preparación para la participación comunitaria y en el intersector del territorio. -Inserción en espacios de participación comunitaria e intersectorial en el territorio. -Seguimiento y sostenimiento de la participación y uso de redes.	Adolescentes y familias o adulto/a cuidador/a, según sus requerimientos.	Terapeutas Especializados en coordinación con los gestores/as ocupacional y educativo

Módulo **“Redes que Cuidan”**	
Propósito	El propósito del presente módulo es contribuir a la protección integral de adolescentes en situación de desprotección avanzada, mediante el fortalecimiento de las redes territoriales y la coordinación interinstitucional, asegurando intervenciones oportunas, especializadas y con enfoque de derechos, que respondan a las particularidades del territorio y a las trayectorias vitales de las y los adolescentes.
Participantes	Todos los adolescentes, familias o adulto/a cuidador/a.
Desarrollo	En el marco del componente de Articulación Intersectorial y Comunitaria, en su primera dimensión relativa a la Inserción y vinculación del modelo con el territorio, se establece desde el presente módulo orientar a configurar el trabajo centrado hacia el intersector comunal y provincial donde se insertará el modelo de atención. Quien lidera las gestiones en este módulo es el director/a del modelo, con el apoyo del equipo integrado. Con relación a los focos del trabajo en este módulo, se identifican el conocimiento territorial y contextual, acciones de inserción, articulación interinstitucional, y las coordinaciones intersectoriales asociadas a gestión de casos. Se establece como base del quehacer técnico,**mantener la mirada interdisciplinaria,** la cual evita gestionar a partir de un reduccionismo disciplinario en cuanto al abordaje de los casos que ingresan al modelo señalado. En complemento a lo anterior, destacan otras gestiones; tales como, el mapeo de redes territoriales, la acción colectiva mediante mesas territoriales, acciones de seguimiento continuo en atención a los objetivos en el plano intersectorial. El presente módulo mantiene un desarrollo transversal y continuo en toda la permanencia del adolescente y su familia en el modelo de atención. En este escenario, **la relación intersectorial se entiende como un aspecto basal para todo el proceso de acompañamiento** a los participantes, enriqueciendo y consolidando paulatinamente el soporte interinstitucional que el modelo requiere para el cumplimiento de los objetivos.

Actividades Principales	• **Análisis Territorial y Contextual:** Se espera lograr conocer el territorio donde se inserta el Proyecto y donde se desenvuelven sus participantes; lo cual comprende aspectos geográficos, o sociodemográficos generales (pobreza, infraestructura, vulneración de derechos, escolaridad, salud y seguridad, esparcimiento y recreación), así como las dinámicas sociales, institucionales, culturales, económicas y comunitarias del territorio. Esta actividad se puede desarrollar simultáneamente con las otras acciones ulteriores de este módulo siendo importante nutrirse desde las instancias de reunión que se tengan con los distintos actores institucionales y barriales del territorio. Para esto, se proponen la realización de las siguientes acciones: • Caracterización sociodemográfica y socioeconómica general. Sin embargo, no se espera un diagnóstico profundo, sino que una descripción general que permita que el equipo conozca el territorio donde se emplaza el proyecto y desarrolle acompañamientos situados. • Identificación de problemáticas prioritarias y brechas sociales • Mapeo de actores estratégicos (público/privados) y comunitarios, con el fin de generar alianzas en el fortalecimiento del trabajo intersectorial, cimentando de este modo el camino para desarrollar las acciones de vinculación del adolescente y su familia con las redes de apoyo pertinentes. • Revisión de políticas, programas y dispositivos existentes en el territorio. • Conocimiento general de la historia territorial. Como resultado del Análisis Territorial y Contextual se espera obtener los siguientes productos:**caracterización territorial participativa, matriz de problemas y oportunidades y mapa inicial de actores.** **Estos productos tendrán que ser actualizados toda vez que sea necesario.** • **Difusión del Modelo en el Territorio:** La presente actividad, busca la difusión, inserción y coordinación del modelo en la red intersectorial comunal y provincial, posicionándolo de manera formal y legítima ante los demás actores territoriales. En atención a lo descrito, se considera abordar las siguientes acciones: • Identificar puntos de entrada territoriales (mesas, redes, líderes). • Envío de oficios o correos de presentación institucional del proyecto y del modelo de atención al resto del intersector del territorio que trabaja con población infantil y adolescente y sus familias, tales como: comunidades educativas, comisarías, clubes deportivos, centros de salud, centros culturales, centros recreativos • Presentación institucional del modelo, de sus objetivos, población que atiende, metodologías, entre otros. Esta presentación se enmarca en una gestión formal del modelo de atención dirigida principalmente a representantes del municipio (Alcaldía, DIDECO u otras direcciones comunales y provinciales que correspondan) y a los demás actores de la sociedad civil vinculados al territorio. • Presentación del modelo a las correspondientes organizaciones de base en el territorio; tales como, juntas de vecinos u otras organizaciones comunitarias del territorio. Se espera que estos contactos y vinculaciones generen posteriormente reuniones bilaterales de mayor especificidad según los objetivos del modelo, estableciendo coordinaciones permanentes para eventuales derivaciones y apoyos conjuntos. Lo anterior permitirá fortalecer la coordinación del trabajo intersectorial, de modo de propiciar en la oferta comunitaria disponible, la sensibilización en torno al bienestar, además de ampliar los dominios de participación de los y las adolescentes y sus familias o adultos cuidadores. El resultado de estas actividades considera obtener como productos; estrategia de instalación territorial; y acta o registro de instancias de presentación. Estas actividades se esperan desarrollar con mayor énfasis cuando el proyecto se instala en el territorio, no obstante, se requiere, continuar difundiendo el quehacer del Modelo y fortaleciendo las vinculaciones con los distintos actores del territorio de manera permanente. • **Instalación del Modelo en el Territorio:** La presenta actividad se entiende como el resultado de las dos actividades anteriores. Esta actividad se orienta a concretar acciones conjuntas, según los objetivos del modelo de atención, principalmente con aquellos actores institucionales y organizaciones de base que se vinculan con la población infanto juvenil y/o con familias o con adultos significativos. **Esta coordinación debe avanzar hacia la consecución de una red permanente de trabajo conjunto y complementario** que considere abordar las siguientes acciones: • Definición de objetivos intersectoriales territoriales. • Priorización de acciones conjuntas. • Cronograma compartido. • Coordinación en la gestión de casos. A partir de la formalización del Plan de Intervención Unificado-PII-U, el equipo planifica y realiza acercamientos regulares con el intersector estableciendo un trabajo conjunto de apoyo para los participantes. Cabe señalar que, en esta gestión, los terapeutas especializados son quienes lideran esta labor conjunta; en cuanto a su articulación, desarrollo y evaluación de resultados según los objetivos descritos en los planes de intervención de cada adolescente. **El resultado de esta actividad Gestión Operativa Intersectorial considera obtener como productos; plan de acción intersectorial territorial; y establecimiento de compromisos y apoyos operativos en torno a casos.**

Módulo **"Territorios que Acompañan"**	
Propósito	El propósito del módulo es promover que adolescentes, familias y adultos cuidadores fortalezcan la participación en instancias comunitarias y en el acceso a servicios del intersector. A partir del conocimiento del territorio, y en particular de las redes cercanas de los y las participantes, el trabajo se centra en apoyar la asistencia y la reciprocidad a estas instancias locales según el reconocimiento de necesidades e intereses de los y las adolescentes y sus familias. Bajo este énfasis, se busca reforzar la participación y la vinculación en los espacios comunitarios y en el uso de la red del intersector del territorio, posibilitando la apertura a nuevas narrativas de los participantes, logrando descentrar las historias de vulneración enriqueciendo las identidades personales y familiares.
Participantes	Adolescentes y familias o adulto/a cuidador/a, según sus requerimientos.

Desarrollo	Se establece el presente módulo orientado a configurar el trabajo tendiente a la dimensión de**conexión de adolescentes y familias con recursos comunitarios e intersectoriales de su territorio**. El objetivo de este módulo es desarrollar acciones que favorezcan la integración comunitaria en distintas instancias de la red local, tanto para la población adolescente como de sus familias. Quienes lideran el despliegue del Módulo son los terapeutas especializados/as en coordinación con los gestores/as ocupacional y educativo. Este equipo debe gestionar de modo coordinado bajo una clara distribución de roles complementarios a los objetivos establecidos en los PII-U de cada adolescente y familia. En cuanto a sus focos de trabajo, se identifica la reconexión de adolescentes, familias y adultos cuidadores con el territorio, concebido como un espacio de derechos, protección y pertenencia que favorece la inclusión social sostenida. Asimismo, se busca potenciar su participación en espacios comunitarios significativos, fortaleciendo el sentido de pertenencia territorial. Del mismo modo, se promueve el protagonismo de los adolescentes en espacios comunitarios e institucionales. Finalmente, se espera que el Modelo actúe como un puente entre las familias y las redes formales disponibles en el territorio. Respecto a las gestiones, se destaca el desarrollo de un trabajo a nivel comunitario con un enfoque de derechos e informado por el trauma, enfatizando una gestión en torno a la inserción y la participación comunitaria de los adolescentes, las familias y sus adultos cuidadores, a través de un acompañamiento permanente desde el equipo, considerando, además, instancias de acercamiento y mediación de este equipo con los otros actores del intersector en función de los objetivos de este módulo. Al igual que en el módulo anterior de este componente, en el presente también se mantiene bajo un desarrollo transversal y continuo en toda la permanencia del adolescente y su familia en el modelo de atención, entendiendo que la articulación intersectorial y comunitaria es una base para el proceso de acompañamiento a los participantes.
Actividades Principales	• **Preparación para la participación comunitaria y en el intersector del territorio:** La presente actividad se orienta a trabajar con los adolescentes, familias o adultos cuidadores en la preparación para su participación efectiva, fortaleciendo las condiciones personales y relacionales para una vinculación efectiva con el territorio basadas en la confianza. Para este acompañamiento se considera necesario abordar las siguientes acciones: ◦ Acompañamiento individual y familiar. ◦ Trabajo de las expectativas, miedos y experiencias previas. ◦ Reforzamiento de habilidades parentales/marentales y autonomía adolescente. ◦ Definición conjunta de prioridades para su eventual participación. El resultado de esta actividad considera obtener como productos establecer objetivos al Plan de Intervención Individual Unificado relativo a la conexión y participación territorial; vínculos territoriales activos y constantes; propendiendo a la reducción del aislamiento social de los participantes del modelo. • **Inserción en espacios de participación comunitaria e intersectorial en el territorio:**La inserción de adolescentes, sus familias o adultos cuidadores en espacios de participación comunitaria e intersectorial en su territorio, se constituye en un trabajo clave para la restitución y protección integral de derechos en contextos de desprotección avanzada. Estos espacios favorecen el acceso oportuno a redes de apoyo, servicios y recursos locales. Asimismo, se espera promover la inclusión social, la participación y el ejercicio de la ciudadanía, contribuyendo a la disminución de factores de riesgo y al fortalecimiento de factores protectores que inciden positivamente en los procesos de reparación, autonomía y bienestar de los y las adolescentes. Para este acompañamiento se considera necesario abordar las siguientes acciones: ◦ Identificación de espacios comunitarios significativos ◦ Talleres, deportes, cultura, y otras organizaciones juveniles. ◦ Instancias comunitarias barriales o comunales. ◦ Fomento del protagonismo adolescente. ◦ Inclusión de la familia en redes comunitarias. El resultado de esta actividad considera obtener como productos; participación regular en espacios comunitarios; y reducción del aislamiento social. • **Seguimiento y sostenimiento de la participación y uso de redes:**La actividad de seguimiento y sostenimiento de la participación y uso de redes se sustenta en la necesidad de garantizar la restitución integral de derechos de adolescentes y sus familias que presentan vulneraciones graves de derecho, fortaleciendo sus factores protectores y disminuyendo riesgos de revictimización. **El acompañamiento sistemático favorece la permanencia activa en redes institucionales y comunitarias de las familias, promoviendo la corresponsabilidad, la adherencia a los planes de intervención y el ejercicio efectivo de derechos**, en concordancia con el enfoque de protección integral y el interés superior del niño, niña y adolescente. Para este acompañamiento se considera necesario abordar las siguientes acciones: ◦ Acompañamiento individual y familiar. ◦ Seguimiento periódico de la experiencia participación comunitaria e intersectorial en el territorio. ◦ Ajustes al plan de participación según evolución del caso. ◦ Refuerzo de la autonomía familiar y adolescente. El resultado de esta actividad considera obtener como productos; vínculos estables con redes comunales; y permanencia en espacios comunitarios.

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

Su implementación es de responsabilidad del equipo a cargo de los terapeutas especializados, con la colaboración de los tutores/as terapéuticos y gestores/as, cuyo objetivo es evaluar junto con el o la adolescente y su familia, desde una **perspectiva formativa y fortalezas** su proceso de acompañamiento ex - dure y ex - post, contemplando en consonancia a ello, dos momentos de evaluación: (1) La Evaluación de proceso durante toda la etapa de ejecución modular y (2) La Evaluación al término de la etapa de ejecución modular (resultados), previo paso a la etapa de sostenibilidad de los cambios.

- **Evaluación de Proceso con el o la adolescente y su familia durante la etapa de ejecución modular.**

Esta evaluación considera los ámbitos del acompañamiento establecidos en el PII-U y se realiza en conjunto con el o la adolescente; su familia o adulto/a cuidador/a y otros actores involucrados en el proceso. **Ésta consiste en la revisión de los avances del Plan de Intervención Individual Unificado, la identificación de obstaculizadores y/o nuevos hallazgos que surjan durante el proceso,** para si corresponde, ajustar dicho plan y tomar decisiones oportunas para el bienestar del o la adolescente y su familia.

Es relevante que los o las terapeutas responsable del acompañamiento del grupo familiar (adolescente y familia) mantengan canales de coordinación y comunicación fluida y permanente de todos quienes trabajan en el acompañamiento (tutores/as terapéuticos y gestores educacional y ocupacional), favoreciendo contar con información oportuna, como también su visión del proceso evaluativo. De esta manera, se recomienda efectuar reuniones permanentes para articular el trabajo y compartir miradas

respecto de los procesos que lleva a cabo el Modelo.

De manera complementaria, es preciso que el equipo responsable del acompañamiento sostenga reuniones internas con el director/a del Modelo, con la finalidad de ampliar la mirada respecto de los avances del proceso y disminuir sesgos.

Respecto a la evaluación de proceso con los adolescentes y familias o adultos cuidadores, los o las terapeutas organizarán sesiones, en las cuales se promueva un proceso de reflexión que rescate las fortalezas, logros y avances en las prácticas de cuidado y abordaje de las trayectorias de polivictimización, invitando a revisar la situación de bienestar y seguridad del o la adolescente. Asimismo, es relevante poder identificar obstáculos y revisar en conjunto formas de abordarlos, aportando a su percepción de eficacia para enfrentar las dificultades.

En materia de redes, con la finalidad de complementar la evaluación, **se coordinarán reuniones con los co-garantes** (adultos significativos, organizaciones de la comunidad e instituciones) que han participado durante el proceso, con el propósito de que aporten su perspectiva e involucrarlos en el abordaje de las dificultades que pudieran surgir.

El ajuste o actualización del PII-U se realiza trimestralmente, a menos que la judicatura lo solicite con antelación a dicho plazo por mandato legal. No obstante, lo anterior, la evaluación y ajuste podrá realizarse toda vez que sea necesaria, en atención a las circunstancias que afecten al grupo familiar, a fin de ir modificando los objetivos y estrategias en función de los logros o retrocesos que se observan en el proceso desarrollado. Es recomendable que, de manera complementaria, los responsables del proceso de Acompañamiento Terapéutico sostengan reuniones técnicas con el director/a con el fin de ampliar la mirada respecto de los avances del proceso y disminuir sesgos del equipo que se encuentra realizando dicho acompañamiento.

Los resultados de la evaluación trimestral, o según el plazo establecido por la judicatura, se informan al ente derivante, a través del Informe de Avance (Anexo N° 2: Formato de Informe de Avance), incorporado al Sistema Informático del Servicio (SIS), por lo tanto, es de suma relevancia que los **equipos registren cada una de las acciones que realizan.**

Por otra parte, será importante abordar con el **promotor/a reflexivo/a** eventuales situaciones que le ocurran al equipo que pudieran afectar los procesos de acompañamiento, con foco en la ***persona del terapeuta***. Esto a fin de que la reflexión conjunta sobre el impacto que genera el trabajo y los aspectos propios de la práctica no solo contribuye al bienestar de los equipos, sino que también permite despejar obstáculos o reactivar procesos definidos en el Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U).

Cabe destacar que **todo evento relevante -ya sea una situación que vulnere o amenace los derechos del o la adolescente u otra que surja durante el proceso de acompañamiento- debe ser informado de manera inmediata al ente derivante, tanto protección judicial como administrativa.** Asimismo, resulta esencial garantizar que su voz sea considerada de forma activa y permanente en cada etapa del acompañamiento, reconociendo que su participación es un derecho y un acto que dignifica su experiencia dentro del Modelo.

- **Evaluación de resultados al término de la etapa de ejecución modular con el o la adolescente y su familia.**

Esta evaluación se realiza previo al inicio de la fase de sostenibilidad de los cambios y tiene por finalidad determinar el nivel de logro de los objetivos y resultados comprometidos en el Plan de Intervención Individual Unificado, considerando los distintos ámbitos abordados durante el proceso de acompañamiento. Dicha evaluación debe desarrollarse de manera participativa junto al adolescente y su familia o adulto/a cuidador/a, promoviendo una reflexión conjunta acerca del proceso vivido. Para ello, resulta relevante revisar las circunstancias que motivaron el ingreso al Modelo y los factores que favorecieron la ocurrencia de experiencias de polivictimización, para posteriormente identificar los cambios alcanzados, los recursos personales, familiares y comunitarios movilizados, los aprendizajes construidos y las capacidades fortalecidas que han contribuido al cumplimiento de los objetivos propuestos.

El proceso evaluativo debe sustentarse en una perspectiva formativa y centrada en las fortalezas, reconociendo los avances alcanzados y las capacidades desarrolladas por el adolescente y su entorno de cuidado. Asimismo, debe favorecer la identificación de aquellos factores o ámbitos que aún requieren atención y fortalecimiento, con el propósito de prevenir la reaparición de situaciones que puedan afectar su bienestar, seguridad o desarrollo integral.

En primer lugar, se recomienda que los y las terapeutas especializados/as responsables del acompañamiento presenten, en instancia de análisis técnico con el director/a del Modelo y el equipo integrado, una evaluación de los avances alcanzados en el Plan de Intervención Individual Unificado. Esta revisión deberá considerar especialmente la disminución significativa de los factores de desprotección avanzada que motivaron la intervención, así como la existencia de condiciones suficientes de protección y cuidado que permitan al adolescente continuar su trayectoria de desarrollo en un entorno familiar seguro y protector, reduciendo la exposición a nuevas situaciones de victimización. En esta instancia, el equipo deberá complementar y profundizar el análisis, identificando fortalezas, avances y factores protectores consolidados, así como eventuales nudos críticos o elementos de riesgo que sugieran la necesidad de prolongar la etapa de ejecución o reforzar determinados aspectos durante la fase de sostenibilidad.

Cuando la evaluación técnica resulte favorable, sus conclusiones serán compartidas con el adolescente y su familia o adulto/a cuidador/a en una reunión de revisión de proceso. Este espacio permitirá valorar conjuntamente el grado de cumplimiento de los objetivos trazados, reconocer los principales cambios observados, relevar las herramientas y estrategias desarrolladas para enfrentar desafíos futuros, abordar las dificultades experimentadas durante el proceso e identificar las percepciones y emociones asociadas a la proximidad del egreso. Asimismo, permitirá acordar aquellos aspectos que requerirán especial atención durante la etapa de sostenibilidad de los cambios.

A continuación, se desarrollan una serie de criterios referenciales para orientar este proceso evaluativo:

1. El o la adolescente evidencia una disminución del impacto asociado a las experiencias de polivictimización, observándose avances en su bienestar emocional, relaciones interpersonales, participación social y pertenencia a contextos seguros.
2. El o la adolescente ha avanzado en la elaboración e integración de experiencias de polivictimización o traumas vividos, disponiendo de estrategias de afrontamiento saludables y, cuando corresponde y él o ella esté de acuerdo, manteniendo vinculación con redes especializadas que den continuidad a este proceso tras el egreso.
3. El o la adolescente ha fortalecido habilidades de autonomía progresiva acordes a su etapa de desarrollo, incluyendo toma de decisiones, autocuidado, resolución de problemas, identificación de riesgos, búsqueda de ayuda y planificación de metas personales y mantención o reincorporación al sistema educativo.
4. La familia o adultos/as cuidadores han avanzado en el fortalecimiento de sus prácticas de cuidado, favoreciendo relaciones más seguras, respetuosas y acordes a las necesidades evolutivas del adolescente.
5. El o la adolescente y su familia o adulto cuidador cuentan con redes de apoyo (familiares, comunitarias e institucionales) identificadas y activas, reconociendo personas y servicios a los que puede recurrir ante necesidades de apoyo, protección o acompañamiento después del egreso. Específicamente respecto de la conexión a redes formales, se espera que al menos estén vinculados con el sistema de protección social, salud y educación.
6. Otros criterios relevantes definidos conjuntamente por el adolescente, la familia y el equipo interventor, según las características, necesidades y fortalezas particulares del caso.

En aquellos casos en que, pese a las diversas estrategias desplegadas por el equipo, no se observen avances sustantivos en el fortalecimiento de las prácticas de cuidado y protección de la familia o de una figura adulta cuidadora, y se proyecte la persistencia de condiciones que puedan exponer al adolescente a nuevas situaciones de victimización, el equipo deberá promover un proceso de análisis y toma de decisiones junto al adolescente, su familia o adulto/a responsable, orientado a identificar la alternativa de cuidado que mejor resguarde su bienestar, protección y desarrollo integral. Este proceso deberá favorecer una reflexión conjunta respecto de las necesidades de protección, las capacidades de cuidado disponibles y las distintas alternativas existentes, procurando alcanzar acuerdos que consideren el interés superior del adolescente y su derecho a ser oído. En este marco, deberán priorizarse las alternativas de cuidado familiar, privilegiando el acogimiento familiar por sobre las opciones de carácter residencial.

Esta fase finaliza con un nuevo ajuste al Plan de Intervención Individual Unificado, recogiendo los hallazgos del proceso de evaluación, con sus respectivos objetivos, para implementar durante la etapa de Sostenibilidad de los Cambios.

6.5.4. Etapa 4: Sostenibilidad de los Cambios

La etapa de sostenibilidad, previa al egreso, **tiene como propósito preparar a los y las adolescentes, junto a sus familias o adultos cuidadores, para transitar hacia un cierre exitoso del proceso terapéutico.** En este escenario, se busca asegurar que los avances logrados puedan mantenerse en el tiempo, consolidando aprendizajes y fortaleciendo la capacidad de activar redes de apoyo y poder participar de los espacios socio-comunitarios. Esta fase se extiende por un período aproximado tres meses, a partir del término de la ejecución del Plan de Intervención Individual Unificado.

En este marco, la sostenibilidad se concibe como un proceso de **transferencia de agencia**, donde adolescentes y familias o adultos/as cuidadores/as fortalecen su capacidad para activar redes, solicitar apoyo y mantener prácticas de bienestar sin la mediación directa del Modelo. El equipo monitorea el bienestar emocional y relacional, respondiendo oportunamente a las necesidades que emerjan y acompañando la transición hacia el egreso.

Esta etapa, debe comprenderse como parte del proceso de acompañamiento al adolescente y su familia o adulto/a cuidador, y no solo como un simple un seguimiento, pues se trata de un **monitoreo activo**. En este marco, los terapeutas y demás integrantes del equipo del Modelo continúan trabajando con el grupo familiar en un rol de apoyo, promoviendo la consolidación de los cambios alcanzados.

De manera participativa, se actualiza el PII-U con fines de monitoreo y seguimiento, incorporando estrategias para abordar situaciones que pueden resultar desafiantes y asegurar la continuidad de los avances. Asimismo, contempla acciones para el fortalecimiento de la inserción comunitaria y la vinculación con redes formales e informales, promoviendo una continuidad relacional que evite rupturas o sensaciones de abandono. Dicho ajuste contempla objetivos, actividades presenciales -más allá de contactos telefónicos-, plazos y responsables.

Se recomienda que los o las terapeutas especializados, junto otros integrantes del equipo (tutores/as terapéuticos y/o gestores), según su pertinencia, propongan al o la adolescente y familia desarrollar las sesiones principalmente en sus contextos territoriales y domicilio, con la finalidad de acompañarles en el proceso de mantención de las transformaciones, reforzando, en su espacio, prácticas de cuidado que propendan el buen trato y la seguridad, sintonizando con las necesidades de los y las adolescentes, ayudándoles a implementar estrategias de gestión de riesgos y de regulación emocional, tanto de los adultos como en los adolescentes; así también, acompañarlos en la puesta en práctica de la capacidad de mentalización desarrollada. Asimismo, es crucial el monitoreo del bienestar (objetivo y subjetivo) de los y las adolescentes, de manera de prevenir la ocurrencia de nuevas victimizaciones.

Es importante considerar que no todos los o las adolescentes egresarán junto a su familia de origen; por ello, se enfatiza la relevancia de asegurase de que cuenten con al menos un adulto/a cuidador/a permanente al egreso del Modelo.

Dentro de las acciones a realizar, será clave el promover la inserción comunitaria y social del grupo familiar, resguardando que la relación con las redes formales e informales sea robusta, de modo que puedan servir de sostén en las labores de crianza y que aporten en el ejercicio pleno de sus derechos infanto-juveniles, así como también que amplíen su entramado vincular. Así, se tendrá que reforzar relación con co-garantes como la comunidad educativa, atención primaria, actores comunitarios y redes de apoyo personales, entre otros. Para llevar a cabo estas acciones, el equipo (terapeutas, tutores y gestores/as), podrá organizarse de manera de cubrir los distintos ámbitos que sea pertinente de abordar.

Se espera que en las evaluaciones de proceso y, especialmente, al concluir la fase de ejecución modular, se identifiquen oportunamente indicadores de alerta que adviertan que el acompañamiento podría no concluir de manera exitosa, implementando de inmediato las estrategias remediales necesarias. **Sin embargo, puede ocurrir que en esta etapa se evidencie -y se evalúe en conjunto con el grupo familiar- que los logros alcanzados no resultan sostenibles por sí mismos.** En tales casos, corresponde realizar ajustes significativos al acompañamiento y, de ser necesario, valorar la pertinencia de solicitar otras medidas a la judicatura, lo cual requiere una resolución u oficio fundado del Tribunal de Familia u Oficina Local de la Niñez con el fin de asegurar condiciones proteccionales adecuadas para el o la adolescente.

Respecto de aquellos casos en que la evaluación concluya y que no existen condiciones suficientes para la permanencia segura del adolescente junto a su familia o adulto/a cuidador/a, y se determine la necesidad de gestionar una alternativa de cuidado alternativo, priorizando el acogimiento familiar, no corresponderá el desarrollo de la etapa de sostenibilidad de los cambios. En su lugar, durante el período destinado a la sostenibilidad, los objetivos del PII-U se focalizarán en el **acompañamiento respetuoso al tránsito hacia el sistema de cuidado alternativo**, procurando su desarrollo de manera gradual y planificado, resguardando la participación del adolescente, la continuidad de sus vínculos significativos y su estabilidad emocional, mediante una adecuada articulación entre los equipos y actores involucrados, teniendo en consideración eventualmente objetivos para la preparación de la vida independiente, bajo la lógica correspondiente a la continuidad de cuidados (SPE, 2026).

Finalmente, el ajuste del Plan de Intervención debe incluir el objetivo de **acompañar al adolescente y a su familia en el cierre del proceso**, facilitando una transición hacia el egreso que les permita continuar sin el apoyo directo del equipo. Este cierre se concibe como una **desvinculación progresiva y cuidada**, que aborda las emociones propias de este período y promueve un tránsito respetuoso con los/las adolescentes, sus familias o adultos/as cuidadores/as y otros participantes del programa (como lo son los adultos significativos).

De este modo, se favorece que las trayectorias vitales y familiares puedan continuar con **autonomía**, vinculadas a la comunidad y sostenidas por redes formales e informales que acompañen su desarrollo, asegurando que los cambios alcanzados se mantengan y se vivan como parte de un proceso digno y protector.

6.5.5 Etapa 5: Cierre y Egreso

La etapa de cierre y egreso se inicia una vez alcanzados los objetivos del PII-U y verificado que el o la adolescente y su familia o adulto/ cuidador/a **puede sostener los cambios logrados**. Tiene una duración aproximada de tres semanas, período en el cual se realizan las coordinaciones y acciones necesarias para concretar el egreso. El equipo de terapeutas es responsable de conducir este proceso.

El egreso puede adoptar distintas formas, según las trayectorias y necesidades de cada adolescente:

- Egreso con familia[38], cuando se cumplen los objetivos del Plan de Intervención Individual Unificado y existen condiciones para continuar el proceso de transformaciones en su entorno familiar.
- Egreso distinto a su familia, pero con un adulto/a cuidador/a[39] .
- Egreso con derivación al sistema de cuidado alternativo, solicitando esta medida al ente judicial, cuando, en atención al interés superior, se determine que requiere un entorno protector distinto al familiar y no haya sido posible identificar a un adulto/ cuidador/a. En estos casos, no solo debe ser informado el o la adolescente y su familia, sino que se tiene que incorporar su opinión en esta determinación y realizar un tránsito respetuoso, privilegiando la modalidad de acogimiento familiar[40].

El propósito central es asegurar un egreso que permita a los y las adolescentes y sus familias -o adultos cuidadores- sentirse acompañados/as y fortalecidos, una vez interrumpidas las situaciones de polivictimización que motivaron su ingreso. Se busca que los adultos cuenten con herramientas para disminuir la probabilidad de nuevas victimizaciones y que el grupo familiar o adulto/a cuidador/a quede conectado con redes institucionales y comunitarias, a fin de que cuenten con los soportes para desarrollar adecuadamente sus prácticas de cuidado y sustentar los cambios producidos luego del egreso.

Asimismo, se espera que los y las adolescentes cuenten con un **piso de seguridad** que disminuya su exposición a experiencias victimizantes, junto con estrategias de gestión de riesgo que favorezcan su protección cotidiana. El proceso debe permitirles avanzar en la **integración de experiencias traumáticas**, ampliar sus oportunidades de participación en el espacio social y fortalecer su inserción escolar, asegurando que el egreso sea vivido como un tránsito respetuoso y sensible hacia una etapa de mayor autonomía y pertenencia.

Por su parte, el equipo debe verificar con las redes a las que fue derivada la familia o adulto/a cuidador/a y el o la adolescente que estén haciendo uso efectivo de los servicios y prestaciones requeridas, y que cuenten con las herramientas necesarias para acceder a ellas. Asimismo, **corresponde informar a dichas redes cuando una familia se encuentra próxima a egresar, con el fin de fortalecer su rol como soporte del grupo familiar y como co-garantes de derechos**, contribuyendo a la prevención de nuevas situaciones de victimización.

Los y las terapeutas a cargo del proceso de acompañamiento, invitan al grupo familiar a efectuar un **rito o hito de egreso**, que les haga sentido y contribuya a mirar en retrospectiva el proceso que han desarrollado juntos, reconocer las nuevas formas de relacionarse, valorar los recursos potenciados y proyectar un futuro desde un enfoque de fortalezas. También pueden realizarse ceremonias colectivas de egreso, si ello les resulta motivante y contribuye al fortalecimiento de redes informales.

De manera complementaria, se implementa un **mecanismo de evaluación usuaria**, de acuerdo con los lineamientos del Servicio, que permita conocer la percepción de los

y las adolescentes y familias sobre su proceso de acompañamiento, cuyos resultados deben incorporarse a la mejora continua del Modelo.

El egreso se concreta administrativamente con la respuesta positiva del tribunal competente en materia de familia -mediante orden de egreso- o con el cese de la medida administrativa por parte de la Oficina Local de la Niñez. En el evento de que el egreso implique la salida de toda la oferta especializada del Servicio, el equipo a cargo deberá informarle al adolescente y su familia (o adulto/a cuidador/a) que, la Oficina Local de la Niñez correspondiente a su domicilio, realizará un proceso de seguimiento y monitoreo por un período de 24 meses, ello a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 3° bis de la Ley N°21.302.

Finalmente, el equipo responsable elabora un **informe de egreso**, el cual tendrá que contener los siguientes aspectos: motivo de ingreso, breve síntesis del proceso desarrollado, principales logros alcanzados, desafíos si los hubiese, derivaciones realizadas y sus resultados, fundamentando claramente su egreso. Una copia de este informe quedará en la carpeta del adolescente y otra deberá remitirse al ente derivador. Asimismo, se informará del egreso a los programas del intersector que estaban interviniendo de manera complementaria con la familia y/o adolescente. El director/a del Modelo es responsable de registrar el egreso en el sistema informático del Servicio.

6.6. MATRIZ LÓGICA

Este apartado se constituye en una herramienta para facilitar el proceso de diseño, ejecución y evaluación de los proyectos que ejecuten el Programa Terapéutico Especializado. La presente matriz lógica **considera indicadores, sus correspondientes fórmulas de cálculo, resultados esperados y medios de verificación, asociados al objetivo general del Programa.** En este contexto, el alcance de los resultados esperados y los medios que permitan su verificación, serán monitoreados por las Unidades de Evaluación, Supervisión y Fiscalización.

Indicador de propósito				
Objetivo General	Indicador	Fórmula de cálculo	Resultado esperado	Medios de verificación
Contribuir a la reparación de las trayectorias de polivictimización en niños, niñas y adolescentes, considerando sus contextos familiares y territoriales	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que egresan en el año t del Programa Terapéutico Especializado habiendo cumplido el 100% de los objetivos de su PII-U	(N° de NNA egresados del Programa Terapéutico Especializado en el año t habiendo cumplido el 100% de los objetivos de su PII-U / N° de NNA egresados del Programa Terapéutico Especializado en el año t) *100	80%	Sistema informático del Servicio. Carpeta individual de Registro del Proceso de acompañamiento.
	Porcentaje de NNA egresados en el año t del Programa Terapéutico Especializado (PTE) que presentan disminución del nivel de desprotección respecto del diagnóstico de ingreso.	(N° de NNA egresados en el año t cuyo nivel de desprotección al egreso es menor al de ingreso) / (N° total de NNA egresados con medición de ingreso y egreso) × 100	80%	Sistema informático del Servicio. Registro del instrumento de diagnóstico/reevaluación de desprotección al egreso. Carpeta individual de Registro del Proceso de acompañamiento.
Indicadores complementarios				
Objetivo específico	Indicadores	Fórmula de cálculo	Resultado esperado	Medios de verificación
Generar espacios protectores para la disminución de factores de riesgo de niños, niñas y adolescentes	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que egresan del Programa Terapéutico Especializado en el año t con cumplimiento del 100% de los objetivos de espacios protectores	(N° de NNA egresados del Programa Terapéutico Especializado en el año t con cumplimiento del 100% del objetivo de espacios protectores / N° de NNA egresados del Programa Terapéutico Especializado en el año t) *100	85%	Sistema informático del Servicio. Carpeta individual de Registro del Proceso de acompañamiento.
Desarrollar procesos de acompañamiento terapéutico con el niño, niña o adolescente para el abordaje de sus trayectorias de polivictimización	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que egresan en el año t del Programa Terapéutico Especializado con cumplimiento del 100% del objetivo del PII-U de acompañamiento terapéutico individual	(N° de NNA que egresan en el año t del Programa Terapéutico Especializado con cumplimiento del 100% del objetivo del PII-U de acompañamiento terapéutico individual / N° de NNA egresados del Programa Terapéutico Especializado en el año t) *100	85%	Sistema informático del Servicio. Carpeta individual de Registro del Proceso de acompañamiento.
Realizar procesos de acompañamiento terapéutico con la familia o persona adulta para el desarrollo de prácticas de cuidado de los niños, niñas y adolescentes	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que egresan del Programa Terapéutico Especializado en el año t que cumplen el 100% del objetivo del PII-U de acompañamiento terapéutico familiar	(N° de NNA egresados del Programa Terapéutico Especializado en el año t que cumplen el 100% del objetivo del PII-U de acompañamiento terapéutico familiar / N° de NNA egresados del Programa Terapéutico Especializado en el año t) *100	80%	Sistema informático del Servicio. Carpeta individual de Registro del Proceso de acompañamiento.
Fortalecer la vinculación de los niños, niñas, adolescentes y familias con redes intersectoriales y comunitarias	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que egresan del Programa Terapéutico Especializado en el año t que reciben el 100% de las intervenciones en el ámbito comunitario establecidas en su PII-U	(N° de NNA egresados del Programa Terapéutico Especializado en el año t que reciben el 100% de las intervenciones, según objetivo del PII-U de acompañamiento terapéutico comunitario / N° de NNA egresados del Programa Terapéutico Especializado en el año t) *100	80%	Sistema informático del Servicio. Carpeta individual de Registro del Proceso de acompañamiento.

VII. RECURSOS

7.1 GESTIÓN DE PERSONAS

A lo largo de las presentes bases técnicas se reconoce la gestión de personas como acción estratégica y fundamental para la adecuada implementación del Modelo Terapéutico Integrado. Ello releva el rol central de los equipos en la generación de procesos de acompañamiento terapéutico de calidad, reconociendo que el bienestar, desarrollo y sostenimiento de los/as profesionales incide directamente en los resultados de la intervención. En este sentido, la gestión de personas debe apuntar al fortalecimiento de competencias, el cuidado de los equipos, la promoción de prácticas reflexivas y la alineación de sus acciones con los principios, valores y misión del Servicio.

a. Normativa aplicable

En la gestión de personas, el Colaborador Acreditado deberá atenerse a las indicaciones señaladas en el artículo 2°, numerales 5), 6) y 8) de la Ley N°20.032, 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 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/as y adolescentes causados, tanto por hechos propios como de sus dependientes, salvo que pruebe haber empleado esmerada diligencia para evitarlas. Lo anterior, sin perjuicio de la responsabilidad civil que por los mismos hechos pueda corresponderle a la persona natural que ejecutó los hechos. Lo dispuesto en el párrafo anterior será igualmente aplicable a las personas naturales que se desempeñen como colaboradores acreditados.
- **Objetividad, calidad, idoneidad y especialización del trabajo, que se realizará de acuerdo a las disciplinas que corresponda**. Las bases técnicas u orientaciones técnicas a las que se refiere el reglamento de esta ley establecerán, a lo menos, los requisitos, prestaciones mínimas y plazos que deberán cumplir tanto el Servicio como los colaboradores acreditados para asegurar el cumplimiento de este principio.

b. Sobre el proceso de reclutamiento y selección.

Complementariamente, en este marco, debe tenerse en cuenta los siguientes aspectos para el proceso de reclutamiento y selección de las personas que conformarán el equipo:

Para la ejecución de cada proyecto se debe contar con las personas más idóneas para su ámbito de trabajo/disciplina. Esto supone un sistema de selección de personas acorde los principios ya señalados de probidad, idoneidad de competencias profesionales, conocimiento de contexto territorial en proyecto específico, especialización en ámbitos de niñez y adolescencia.

Deberá considerarse que no podrán ser reconocidos como Colaboradores Acreditados aquellas personas jurídicas que tengan como miembros de su directorio, representante legal, gerentes o administradores, de acuerdo con el numeral primero del artículo 7° de la Ley N°20.032, modificado por la Ley N° 21.140 y que luego constituyen una inhabilidad sobreviniente para mantener dicha calidad, las "*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/as o adolescentes, o de confiarles la administración de recursos económicos ajenos*". Luego, el inciso final del artículo 11 de la Ley N° 20.032 señala: *"También serán inhábiles para desempeñar labores de trato directo en Organismos Colaboradores Acreditados, los que tuvieren dependencia grave de sustancias estupefacientes o sicotrópicas ilegales, a menos que justifique su consumo por un tratamiento médico o sea consumidor problemático de alcohol"*.

Asimismo, se contempla el proceso de evaluación de la calidad del trabajo interventivo realizado, en período de tiempo a definir. Será de conocimiento de todas las personas 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 personal contratado para la ejecución de los proyectos[41]. Cabe señalar que la Ley N° 21.302 establece el deber del Servicio de prestar asistencia técnica y capacitación a solicitud del Colaborador Acreditado, a lo que accederá fundadamente, previa evaluación correspondiente, aunque dicha solicitud no subsana el incumplimiento de las condiciones o requisitos básicos establecidos por el convenio respectivo (Art. 6 letra g).

Por otra parte, el Colaborador Acreditado deberá contar con políticas para el cuidado de equipos, previniendo así, el Síndrome de burnout[42] ya que éste puede constituirse en un factor adverso a la calidad de las atenciones que requieren los niños/as 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.

En este contexto, es coherente con el Modelo Terapéutico Integrado la generación de espacios de supervisión reflexiva[43] al interior de los equipos, con la finalidad brindar espacios de cuidado, con foco en los procesos de acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes realizada por los mismos ejecutores, lo que no implica dirigir y/o enjuiciar el quehacer del equipo, sino más bien acompañar, contener, y asesorar técnicamente, a fin de prevenir el burnout, pudiendo aportar también, en el abordaje de las evaluaciones, los procesos de acompañamiento terapéutico, en el nivel de reflexiones y meta análisis de los casos.

En relación con los requisitos que deberá cumplir el Colaborador Acreditado para el pago de la subvención, se deberá atener a lo indicado en la última modificación de la Ley N° 20.032, de fecha 05 de enero de 2021, a saber:

Exigencias contenidas en el artículo 30 de la Ley N° 20.032

a. 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.

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

Para una adecuada ejecución técnica - financiera del **Programa Terapéutico Especializado**, se considera una cobertura de **hasta 80 plazas** como referencia, con la siguiente distribución del equipo:

CARGO	ESTÁNDAR	JORNADA*
Director/a	1	Completa
Terapeutas Especializados	8	Completa
Tutores Especializados	3	Completa
Promotor/a de Equipos Reflexivos	1	16 horas mensuales|
Secretaria/o Contable	1	Completa
Auxiliar (Aseo, Estafeta)	1	Media

Cabe señalar, que esta composición del equipo del Programa Terapéutico Especializado se complementa con el equipo del Programa de Prevención Focalizada, dado que ambos constituyen el Modelo Terapéutico Integrado PTE-PF.

Además del recurso humano señalado en el cuadro precedente, el Colaborador Acreditado podrá destinar recursos de la subvención del Programa para la contratación, de manera permanente o transitoria, de profesionales o técnicos especializados, cuando ello se encuentre debidamente justificado en la necesidad de responder a requerimientos específicos de los niños, niñas, adolescentes y sus familias. Entre estos apoyos podrán considerarse: la **asesoría jurídica, asesoría clínica especializada, traductores o mediadores interculturales** en el caso de participantes migrantes con idioma distinto al español o provenientes de pueblos originarios o con prácticas culturales diversas, **asesores especialistas en discapacidad o en neurodivergencias, en género,** entre otros que, puedan apoyar al equipo en desarrollo de procesos pertinentes y ajustados a las características de niños, niñas y particularmente adolescentes y familias con características particulares, o bien, para responder a fenómenos emergentes que impacten en la población infanto-juvenil.

Finalmente, es importante que Colaborador Acreditado disponga la flexibilidad horaria del recurso humano para facilitar el acceso de los niños, niñas y, particularmente a los/las adolescentes y familias o adultos cuidadores a las distintas actividades que ofrece el Modelo Terapéutico Especializado; como también para realizar las coordinaciones y actividades territoriales que sean necesarias para conseguir los propósitos del dicho Modelo. Además, deberá proveer o facilitar la participación del personal en procesos de capacitación, a fin de actualizar y profundizar conocimientos y prácticas para la intervención con niños, niñas, adolescentes y las familias.

Director/a: Se espera que el/la Director/a de la modalidad sea un/a profesional de las áreas de las humanidades y/o de las ciencias sociales que, en su rol de liderazgo técnico asuma la responsabilidad de promover una práctica de **Covisión reflexiva**[45] con apoyo del/las **Promotor/a de Equipos Reflexivos** al interior del equipo que facilite la escucha, análisis y retroalimentación, brindando además, la posibilidad de acceder a la autoconciencia de prejuicios, desafíos y puntos ciegos del trabajo que se lleva a cabo, pudiendo diseñar de modo intencionado cambios que permitan dotar de sentido, continuidad y consistencia al trabajo realizado.

En este sentido, **acompañar de cerca a aquellos que tienen el rol de acompañar** a los niños, niñas y particularmente, adolescentes y sus familias (adaptado del concepto usualmente utilizado: “cuidar al que cuida” es un énfasis de este programa, lo cual debe ser traducido a acciones concretas de cuidado y generación de instancias de escucha, vaciamiento, apoyo, validación, reconocimiento y contención permanente, además de brindar formación continua en las temáticas que aborda el Modelo terapéutico Integrado, todo lo cual debe ser liderado por el/la directora/a. Tal como fue señalado en el Marco del Modelo Terapéutico Integrado, modelos como AMBIT y de supervisión reflexiva, son coherentes con lo que se espera en la ejecución.

El profesional director/a tendrá que tener experiencia en liderar equipos de trabajo y en programas de intervención especializada de la red, o bien, de salud mental. Así también, al menos, formación en Enfoque Informado por el Trauma y otras temáticas vinculadas con clima laboral, conducción de equipo, entre otros.

Promotor/a de Equipos Reflexivos: acompaña al equipo del Modelo Terapéutico Integrado desde una perspectiva colaborativa y horizontal, en un rol de promotor/a el que debe promover un clima de respeto, apertura, curiosidad genuina, diversidad y generando confianza epistémica en el equipo, siendo además responsable de que todas las voces y las necesidades de los miembros del equipo sean representadas, escuchadas y consideradas. Desde esta perspectiva se enfatiza en que su postura no sea la de un/a profesional experto/a, sino más bien ofrezca su experiencia al servicio de los procesos vividos por los propios miembros del equipo producto del impacto por el trabajo, siendo capaz de generar espacios de conversación y reflexión que lleven al desarrollo de habilidades en el equipo y que redunden, a la vez, en la mejora de los procesos terapéuticos de cada niño/a o adolescente y sus familias.

Terapeutas Especializados: Los profesionales trabajadores/as sociales y psicólogos/as en su rol de Terapeutas son los encargado/as de desarrollar el PII-U, quienes deberán asumir la responsabilidad técnica y administrativa de un máximo 20 casos en co-terapia para la ejecución del acompañamiento terapéutico a los niños, niñas y, particularmente, adolescentes y a sus familias o adultos cuidadores esto quiere decir que; por ejemplo para 80 plazas en un proyecto, el equipo de Terapeutas debe estar conformado por 4 trabajadores/as sociales y 4 psicólogos/as.

Los y las terapeutas especializados tendrán que contar con experiencia en intervención en programas de intervención especializada de la red del Servicio, o bien, de salud mental. Además, requieren contar, al menos, con formación en Enfoque Informado por el Truma e intervención clínica en niñez-adolescencia y familia.

Tutores/as Terapéuticos: Profesionales de áreas de las ciencias sociales o de las pedagogías, o técnicos en rehabilitación (social, drogas/ adicciones), o similares, que lideran la gestión del componente “Entornos Seguros” y, si bien no tienen “casos asignados” aportan con diversas acciones al desarrollo de los otros componentes y del cumplimiento de los Planes de Intervención Unificados.

Los y las tutores/as terapéuticos requieren contar, con experiencia en intervención en programas de intervención de protección especializada de la red del Servicio, de salud mental. Además, requieren contar, al menos, con formación en Enfoque Informado por el Truma e intervención en niñez-adolescencia.

Secretario/a Contable: Persona a cargo de tareas de la recepción de los participantes del Modelo, apoyo en gestiones administrativas y otras tareas de apoyo para el buen funcionamiento del Modelo.

Auxiliar de Aseo: Persona a cargo de labores de aseo, correspondencia y otras labores de apoyo para el buen funcionamiento del Modelo.

El equipo señalado precedentemente corresponde al personal mínimo requerido para la correcta ejecución del Proyecto. Sin perjuicio de lo anterior, los Colaboradores Acreditados podrán incorporar otros profesionales o técnicos que contribuyan a optimizar el desarrollo del Programa, en el mismo sentido que estas Bases Técnicas disponen, tanto desde lo técnico como desde lo administrativo, siempre que dicha contratación se encuentre debidamente justificada y aprobada y no modifique los cargos previamente establecidos. Estas incorporaciones adicionales podrán imputarse al Aporte Financiero Estatal (AFE).

Tal como se ha señalado, es necesario reforzar que los y las integrantes de ambos programas del Modelo Terapéutico Integrado forman parte de un Equipo Integrado, cuya acción se sustenta en una comprensión compartida de los principios éticos, conceptuales y metodológicos que orientan la intervención. Si bien cada integrante desarrolla funciones específicas de acuerdo con su rol, todas estas contribuyen de manera articulada al acompañamiento terapéutico de los niños, niñas, adolescentes y sus familias. En consecuencia, la forma en que cada profesional y técnico/a se vincula y colabora con los participantes constituye, en sí misma, un elemento fundamental de las prestaciones que otorgan los programas del Modelo PTE-PF.

7.2. INFRAESTRUCTURA

El inmueble donde se ejecuten los Programas del Modelo Terapéutico Integrado (tanto el Programa Terapéutico Integrado como de Prevención Focalizada) y del cual que disponga el Colaborador Acreditado debe considerarse adecuado a las necesidades del Modelo; destinado a la atención individual, familiar y grupal, con salas de entrevistas y un espacio común donde los/as profesionales puedan realizar el trabajo administrativo. Es importante señalar, que todos los espacios deben estar acondicionados para la atención de niños/a y espacialmente de adolescentes y familias, asegurando que éstos sean espacios cálidos y acogedores. Las salas donde se desarrollarán los procesos terapéuticos deben permitir una atención personalizada, con la privacidad requerida en estos casos, además de sala multiuso para reuniones/actividades grupales para realizar actividades de equipo, con otros proyectos, y/o con los participantes del programa.

Sobre el inmueble y equipamiento:

- Salas de atención para niños, niñas y, especialmente, para adolescentes, equipadas con material terapéutico y ambientación acorde desde el enfoque de curso de vida en la niñez y adolescencia, garantizando seguridad y privacidad.
- Salas de atención a adultos a cargo del cuidado y/o grupo familiar, con ambientación acorde a la atención de adultos, garantizando seguridad y privacidad.
- Sala o espacio grande común para el equipo, equipada con escritorios, sillas, computadores[46], teléfonos, muebles de oficina y estantes para guardar materiales.
- Sala Multiuso para reuniones, actividades y talleres con mesa, sillas, pizarra y recursos tecnológicos para el desarrollo de los encuentros.
- Equipamiento atractivo para adolescentes como mesas de ping-pong, taca -taca, PlayStation, juegos de mesa u otros que haga atractivo el espacio para que los participantes permanezcan en el Modelo.
- Baños para el personal y para público accesible a niños/as y particularmente adolescentes y familias. Al menos un baño, tendrá que contar con ducha con agua caliente y útiles de aseo disponible para el uso de los y las adolescentes que lo requieran.
- Cocina, con refrigerador, microondas, y otros insumos apropiados para los trabajadores/as del Modelo. Asimismo, disponer de colaciones para los y las adolescentes que lo requieran.
- Espacio de recepción y acogida.
- Cualquier otro requerimiento indicado en el convenio, proyecto de funcionamiento y/o bases administrativas.
- Materiales de apoyo para el desarrollo de talleres y actividades tanto en las dependencias del programa, como en el territorio.

Se sugiere, además, que le proyecto pueda contar con un espacio de lactancia y un baño con mudador, cuando sea posible, no siendo exigible.

Ubicación:

El Proyecto debe estar emplazado en un lugar de fácil acceso, y en zonas sin riesgo inminente para la salud o seguridad de los participantes del Modelo Terapéutico Integrado, como de sus trabajadores/as.

Por otra parte, el colaborador acreditado puede gestionar la posibilidad de acercar las prestaciones del Programa a zonas remotas, según la dispersión territorial existente, ya sea con recursos móviles propios, oficinas móviles, o en colaboración con municipios o espacios de la comunidad.

Estándares mínimos de higiene y seguridad:

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

Por su parte, es importante asegurar el traslado seguro de los y las profesionales y técnicos a los domicilios de los grupos familiares, actividades barriales u otras actividades que se realicen en el territorio.

VIII. SISTEMA DE REGISTRO

La entrada en vigencia de la Ley N° 21.302 que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y el trabajo desarrollado para su implementación, ha exigido consolidar el proceso de mejoras de la 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, que tendrá como objetivo el seguimiento de niños/as 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.

Referido al sistema es importante que las/os profesionales del programa **informen a los niños, niñas, adolescentes y referentes adultas/os que todas las intervenciones que se efectúan quedan registradas en una plataforma virtual**, como una forma también de dar transparencia al principio de participación.

Adicionalmente, los proyectos deben dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley N° 20.032 que establece el deber de los Colaboradores Acreditados de mantener un registro general, permanentemente actualizado, de las derivaciones realizadas, por las Oficinas Locales de la Niñez y, por los tribunales competentes; señalando la fecha de recepción de las derivaciones; de la o las personas responsables de asignar los casos a los/as profesionales competentes; de la fecha en que se realizó tal asignación y los/as profesionales asignados a cada caso; de la fecha de inicio de la atención al niño, niña o adolescente y a su familia; del número y fecha de las intervenciones realizadas y de las personas a quienes ellas estuvieron destinadas; del número de la carpeta del caso de cada niño, niña o adolescente atendido, la que deberá encontrarse siempre actualizada, y los demás contenidos que determine el reglamento respectivo.

Que, en su artículo 32 de la Ley N° 21.302 establece el deber de reserva y confidencialidad, expresando lo siguiente: *"Los datos personales de los niños, niñas o adolescentes insertos en los distintos programas del Servicio sean ejecutados directamente o a través de colaboradores acreditados, revisten para todos los efectos legales el carácter de sensible y, salvo las disposiciones legales que autorizan su tratamiento, no podrán ser comunicados a terceras personas".*

En plena consonancia con lo anterior el artículo 33 de la citada ley señala que*, "Los funcionarios de los órganos del Estado que tengan acceso al sistema de información a que se refiere el artículo 31, los funcionarios del Servicio, los miembros del Consejo de Expertos a que se refiere el artículo 9, el personal de los colaboradores acreditados, y toda persona que desempeñe cargos o funciones en tales instituciones, cualquiera sea la naturaleza del vínculo, sea o no remunerado, que traten datos personales de niños, niñas o adolescentes o de sus familias, deben guardar secreto o confidencialidad a su respecto y abstenerse de utilizar dicha información con una finalidad distinta de las funciones legales que les corresponda desempeñar o utilizarla en beneficio propio o de terceros".*

Además, el legislador es claro en establecer que se encuentran especialmente sujetos a reserva y confidencialidad **todo informe, registros jurídicos y médicos, actas de audiencia, historial de vida, y los documentos relacionados con la forma, contenido y datos de los diagnósticos o intervenciones** a las que está o estuvo sujeto el niño, niña o adolescente, siendo sancionada su divulgación e infracción de acuerdo a la normativa vigente.

Que, finalmente la Ley N°19.628, sobre protección de la vida privada, señala en su artículo 7° que *"Las personas que trabajan en el tratamiento de datos personales, tanto en organismos públicos como privados, están obligadas aguardar secreto sobre los mismos, cuando provengan o hayan sido recolectados de fuentes no accesibles al público, como asimismo sobre los demás datos y antecedentes relacionados con el banco de datos, obligación que no cesa por haber terminado sus actividades en ese campo".*

Finalmente, el registro de la información constituye un aspecto esencial del proceso, en tanto permite dar cuenta de manera sistemática y oportuna del desarrollo del acompañamiento terapéutico, asegurando la trazabilidad de las acciones realizadas y la coherencia con los objetivos definidos en el Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U). Asimismo, el adecuado registro facilita el seguimiento de los casos, el monitoreo de avances, la toma de decisiones técnicas y la evaluación de resultados, tanto a nivel individual como del programa en su conjunto, contribuyendo a resguardar la calidad, continuidad y pertinencia de la intervención.

IX. REFERENCIAS

- **Asen. E y Fonagy. P. (2021).** Tratamiento basado en la Mentalización con familias. Biblioteca de Psicología, Desclée De Brouwer.
- **Asociación Nacional de Trabajo Social en ejercicio libre- ATSEL (2019).** Memorias II Congreso Nacional y I Internacional ATSEL. Disponible en: https://atsel.org/wp-content/uploads/2022/03/2019_Memoria_II_Congreso_ATSEL.pdf
- **Axline, V. M. (2013).** Play Therapy – The Inner Dynamics of Childhood. Canada: Hesperides Press. (Originalmente publicado en 1947).
- **Barudy, J. Dantagnan, M. Comas E. & Vergara, M. (2014)**. La inteligencia maternal: Manual para apoyar la crianza bien tratante y promover la resiliencia de madres y padres. Barcelona, Gedisa. ISBN: 978-84-9784-877-0. Betancurth Loaiza, D. P., Vélez Álvarez, C., & Sánchez Palacio, N. (2019). Cartografía social: construyendo territorio a partir de los activos comunitarios en salud. Entramado, 16(1), 138–151. https://doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.1.6081
- **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
- **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
- Bleiberg, E. (2013).MetalizingBased Treatment with Adolescents and Families. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2(2), 295--330
- **Caballero, M. P., & Sola, Y. S. (2021).** Desarrollo de habilidades socioemocionales para la prevención de conductas de riesgo en adolescentes.
- **Calvo, J. (2005).** El enfoque territorial en las políticas públicas. Ponencia presentada al V Congreso Nacional de Administración Publica. Guatemala. Disponible en: https://www.academia.edu/3498238/El_Enfoque_Territorial_en_las_Pol%C3%ADticas_P%C3%BAblicas?auto=download
- **Calvo, M. (2013).** La muñeca del bosque: el proceso arte terapéutico con una niña víctima de vulneraciones de derecho grave. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115263/MONOGRAF%C3%8DA%20POSTITULO%20ARTETERAPIA%20MAGDALENA%20CALVO%20FOXLEY.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- **Campas, M. A. S., Cortés, I., & Domínguez, S. (2021).** Exploración del impacto de las habilidades para la vida sobre conductas de riesgo en adolescentes. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología*, *24*, 47-62.
- **Capella, C. & Gutiérrez, C. (2014).** Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Sobre la reparación, la resignificación y la superación. Psicoperspectivas, 13(3), 93-105. Disponible en http://www.psicoperspectivas.cl doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE3-FULLTEXT-348
- **Cacace, A., & Summers, S. J. (2025).** Intergenerational Trauma in Phenomenological Research—A Systematic Review. Journal of Loss and Trauma, 30(8), 1134–1169. https://doi.org/10.1080/15325024.2025.2490917
- **Casado, T. y Cardona, J. (2020).** Inventario para el desarrollo de prácticas colaborativas en Trabajo Social con Familias en situación de especial dificultad. Análisis factorial exploratorio. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, 27, 91-115. https://doi.org/10.14198/ALTERN2020.27.05
- **Cervel, M. (2005).** Orientación e intervención familiar. Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas, ISSN 1576-5199, Nº. 18, 2008, págs. 103-113. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2047075
- **Chévez, A. y Costa, M. (Comp.) (2014).** Acompañamiento terapéutico: clínica en las fronteras: (ed.). Córdoba, Argentina: Editorial Brujas. Recuperado de https://elibro.net/es/ereader/bibliotecasuc/78240?page=91.
- **Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006).** An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. Development and Psychopathology, 18(3), 629-653.
- **Cloitre, M., Cohen, L. R., Ortigo, K. M., Jackson, C., & Koenen, K. C. (2020**). Treating survivors of childhood abuse and interpersonal trauma: STAIR narrative therapy (2nd ed.). The Guilford Press.
- **Contreras, L. Crettier, B. Ramm, A. Gomez, E. Burr, F. (2015).** Informe Final Estudio de Caracterización del Vínculo Familia- Niñas, Niños y Adolescentes y de las Intervenciones de Fortalecimiento Familiar.
- **Crociani-Windland, L. (2013).** Towards a psycho-social pedagogy as a relational practice and perspective. Organisational and Social Dynamics: An International Journal of Psychoanalytic, Systemic and Group Relations Perspectives, pages: 127-146.
- **Dangerfield, M. P. (2020).** Estudio de las consecuencias psicopatológicas de las adversidades relacionales en la infancia y de la transmisión del trauma transgeneracional.
- **Dangerfield, M. (2012).** Negligencia y violencia sobre el adolescente. Revista Temas de psicoanálisis, Núm. 4 – Junio 2012. Recuperado de: https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2012/06/Pdf-Mark-Dangerfield2.pdf
- **Escudero, V. (2014).** Guía práctica para la intervención familiar. Junta de Castilla y León Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades Gerencia de Servicios Sociales. Disponible en: http://uiicf.net/wp-content/uploads/2014/06/Gu%C3%ADaPr%C3%A1cticaIF_VEscudero.pdf
- **Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., y Hamby, S. L. (2005).** The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. Child maltreatment, 10 (1), 5-25.
- **Finkelhor, D. (2007).** Developmental victimology. The comprehensive study of childhood victimizations. In Davis, R. C., Luirigio, A.J., & Herman, S. (Eds.), Victims of crime (3rd ed.) (pp. 9-34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- **Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2007).** Poly-victimization: A neglected component in child victimization. Child Abuse & Neglect, 31, 7-26.
- **Finkelhor, D. (2011).** Prevalence of child victimization, abuse, crime, and violence exposure. En J.W. White, M.P. Koss, & A.E Kazdin (Eds.). Violence against women and children: Mapping the terrain (pp. 9-29). Washington, DC: American Psychological Association.
- **Fonagy, P., & Target, M. (2005).** Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? Attachment & Human Development, 7(3), 333-343**.**
- **Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975).** Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 14(3), 387–421. https://doi.org/10.1016/s0002-7138(09)61442-4
- **García, J. (2025). MBT-TF.** Una aproximación clínica al Trauma Complejo en Clave de Mentalización. Revista Clínica Contemporánea (2025), 16, e12, 1-14. https://doi.org/10.5093/cc2025a12
- **Gómez, E. (2013). Trauma relacional temprano.** Hijos de personas afectadas por traumatización de origen político. Ediciones Universidad Alberto Hurtado. Chile.
- **Guerra Cid, L. (2019). Palos en las ruedas.** Una perspectiva relacional y social sobre por qué el trauma nos impide avanzar. Barcelona: Ediciones OCTAEDRO, S.L.
- **Guerra V., Cristóbal, Pinto C., Cristián, & Hernández A., Viviana. (2019).** Polivictimización y su relación con las conductas autoagresivas y con la depresión en adolescentes. Revista chilena de neuropsiquiatría, 57 (2), 100-106. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000200100
- **Herman, J. (1992).** Trauma y Recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia. Editorial Espasa.
- **Holden, M. (2020)** Therapeutic Crisis Intervention System.
- **ICHTF-SENAME (2014).** Guía de estrategias de intervención. En la ruta de la promoción y desarrollo de competencias parentales en contextos de vulnerabilidad y exclusión social. Recuperado de: https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2016/10/3-Guia-IF-OPD-PIB-2013.pdf
- **Martha J. Holden, M.S.Hopper EK, Bassuk EL, Olivet J. (2010)**Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings. The Open Health Services and Policy Journal. 2010; 3:80–100
- **Metáfora (2024).** 6° Informe Consultoría para la elaboración de insumos para OOTT: “Informe con síntesis de trabajo de Revisión sistemática y revisión de literatura especializada” Revisión de modelos de supervisión en contextos proteccionales.
- **Horno, P. (2009.)** Amor y violencia, la dimensión afectiva del maltrato. Editorial Desclée de Brouwer, S.A. Madrid, España.

- **Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico (2020)** Preguntas Frecuentes, ¿Qué es el Trabajo Social Clínico? Disponible en: https://www.ichtsc.com/preguntas-frecuentes
- **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2017)** Entornos protectores. Modulo 5: Vinculación afectiva. Gobierno de Colombia. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/modulo_5.pdf
- **Kanter, J. (6 de diciembre de 2024).** Trabajo Social Clínico en la protección infantil: Lecciones desde Clare Winnicott y Selma Fraiberg [Ponencia principal]. Primer Seminario Internacional: Diálogos sobre nuevas perspectivas en la Protección Especializada con niños, niñas, adolescentes y sus familias: Aportes desde el Trabajo Social Clínico, Santiago de Chile.
- **Kliethermes, M., M. Schacht, y K. Drewry (2014).** Complex trauma. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014 Apr;23(2):339-61, ix. doi: 10.1016/j.chc.2013.12.009. Epub 2014 Feb 16. PMID: 24656584. https://complex trauma.org/wp-content/uploads/2019/01/Complex-Trauma-7.pdf
- **Labrín, M. (2024).** Polivictimización: definición y principales consecuencias psicosociales en niños, niñas y adolescentes. Revista digital Descentrados, Somos Todos. Edición N° XXIII, octubre, 2024. Disponible en https://descentrados.cl/infancias-y-juventudes/polivictimizacion-definicion-y-principales-consecuencias-psicosociales-en-ninos-ninas-y-adolescentes/
- **Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (2004**). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Editorial Paidós.
- **Levenson, J. (2017). Trauma-Informed Social Work Practice. Social Work, Volume 62, Issue 2, April 2017, Pages 105–113. DOI https://doi.org/10.1093/sw/swx001**
- **Lieberman, A. F., Padrón, E., Van Horn, P., & Harris, W. W. (2005).** Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. Infant mental health journal, 26(6), 504–520. https://doi.org/10.1002/imhj.20071
- **Lieberman, A. y Van Horn, P. (2008).** Psychotherapy with infants and young children. Guilford Press.
- **López-Soler, C. (2008).** Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. Revista de psicopatología y psicología clínica, 13(3). Manciaux, M. (2003). La resiliencia: resistir y rehacerse. Gedisa.
- **Mauer, S. K. & Resnizky, S. (2004).** Acompañantes Terapéuticos. Actualización teórico-clínica (2ª. Ed.). Buenos Aires, BS, Argentina: Letra Viva.
- **Mészáros, J. (2012).** Los pilares de la teoría contemporánea del trauma: El cambio de paradigma de Ferenczi. Temas de Psicoanálisis." Revista de la Sociedad Española de Psicoanálisis, núm. 3, pp. 1-20. Recuperado de http://www.temasdepsicoanalisis.org/lospilares-de-la-teoria-contemporanea-del-trauma-el-cambio-de-paradigma-de-ferenczi-1/
- **Mauer, S. K. & Resnizky, S. (2004).** Acompañantes Terapéuticos. Actualización teórico-clínica (2ª. Ed.). Buenos Aires, BS, Argentina: Letra Viva.
- **Mieres, L. (2021).** Acompañante Terapéutico: Consideraciones en torno al rol, funciones y pertinencia al campo de la Psicología. Universidad La República, Facultad de Psicología. Recuperado de: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/30157/1/tfg_laura_mieres.pdf
- **Nieto, I. & López, M. (2016).** Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. Colegio Oficial de psicólogos de Madrid. DOI https://doi.org/10.5093/cc2016a7
- **Oaklander, V. (2008**). El tesoro escondido. La vida interior de niños y adolescentes. Terapia infanto- juvenil. Santiago de Chile. Editorial Cuatro Vientos.
- **Orange, D. (2016).** El guardián de mi hermano, recursos para un giro ético en psicoanálisis. Clínica e investigación relacional, revista electrónica de psicoterapia. Vol. 10 (1) – Febrero 2016 - http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2016.100101
- **Organización de Naciones Unidas, ONU. (2011).** Comité de los Derechos del Niño. Observación general Nº 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 Mundial de la Salud OMS (2006)** Violencia interpersonal y alcohol. OMS sinopsis de políticas. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/pb_violencealcohol_es.pdf?ua=1
- **Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021)** Maltrato infantil. Recuperado de: https://www.who.int
- **Palasí, E., Morata, T., Giralt, P. J., & Rocha, J. A. (2022).** Gestión de la diversidad cultural con niños/as y familias vulnerables: La voz de las familias como eje de innovación en la práctica socioeducativa. TECHNO REVIEW. International Technology, Science and Society Review/Revista Internacional de Tecnología, Ciencia y Sociedad, 11(4), 1-15.
- **Pereda, N., Segura, A. (2018).** El fenómeno de la polivictimización y la importancia de su abordaje: Aspectos teóricos y prácticos. Fundación Tierra de Esperanza. Disponible en : https://encuentrocientifico.tdesperanza.cl/wp-content/uploads/2018/06/Documento-Base-Polivictimizaci%C3%B3n.pdf
- **Pereda N. (2019).** ¿Cuánta violencia es demasiada? Evaluación de la polivictimización en la infancia y la adolescencia. Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers, 2019 Vol. 40(2), pp. 101-108. https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2892. Disponible en: http://www.psychologistpapers.com
- **Pereda, N., Codina, M. y Kanter, B. (2021).** Explotación sexual comercial infantil y adolescente: Una aproximación a la situación de España. Disponible en: https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2966.pdf
- **Pichon-Riviere, E. & Pampliega de Quiroga, A. (2002).** Psicología de la vida cotidiana (7ª. Ed.). Buenos Aires, BS, Argentina: Editorial Nueva Visión.
- **Pinto Cortez, C., & Venegas Sanhueza, K. (2015).** Experiencias de Victimización y Polivictimización en Jóvenes Chilenos. Revista Señales Año 9, Nº 14, diciembre 2015. Publicación semestral especializada en infancia y adolescencia del Servicio Nacional de Menores ISSN N° 0718-6258. Disponible en: https://www.reinsercionjuvenil.gob.cl/wp-content/uploads/2025/07/Senales_14_2015.pdf
- **Pitillas, C. (2021).** El daño que se hereda: comprender y abordar la transmisión transgeneracional del trauma. Desclée Dde Brouwer.
- **Puig Cruells, Carmina (2012).** Trabajo Social y Supervisión: un encuentro necesario para el desarrollo de las competencias profesionales. Revista Documentos de Trabajo Social nº49. Málaga. Recuperado de: http://www.trabajosocialmalaga.org/revistadts/articulo.php?id=55
- **Ramos García, J. (2025).** MBT-TF. Una aproximación clínica al Trauma Complejo en Clave de Mentalización. Clínica Contemporánea, 16(2), Artículo e12.
- **Rebolledo, O. & Rondón, L. (2010)**. Reflexiones y aproximaciones al trabajo psicosocial con víctimas individuales y colectivas en el marco del proceso de reparación. Revista de Estudios Sociales, (36), 40-50. Retrieved October 11, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X2010000200004&lng=en&tlng=.
- **Regalado, J. (2022).** El trabajo social clínico es legítimo. Letrame Grupo Editorial, segunda impresión.
- **Rossi, G. P. (2007).** Acompañamiento terapéutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores (1ª. Ed.). Buenos Aires, BS, Argentina: Polemos.
- **Reynaldo, C. (2010).** Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional en Territorios Sociales Gestión territorial con participación ciudadana. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura – FAO. Santiago, Chile. Disponible en: http://www.fao.org/3/a-as831s.pdf
- **Sassenfeld, A. (2006).** Regulación afectiva, psicopatología y psicoterapia. Revista Gaceta Psiquiátrica Universitaria. Rev GU 2006; 2; 3: 329-336. Disponible en: http://revistagpu.cl/2006/GPU_sept_2006_PDF/REGULACION%20AFECTIVA%20PSICOPATOLOGIA%20Y%20PSICOTERAPIA.pdf
- **Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia** -SPE- (2026). Lineamiento Técnico "Acompañamiento respetuoso a las Transiciones de cuidado de niños, niñas y adolescentes en protección especializada hacia familias adoptivas.
- **Smits ML, de Vos J, Rüfenacht E, Nijssens L, Shaverin L, Nolte T, Luyten P, Fonagy P and Bateman A (2024)**Breaking the cycle with trauma-focused mentalization-based treatment: theory and practice of a trauma-focused group intervention. Front. Psychol. 15:1426092. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1426092
- **Stolorow, R. & Atwood, G (2004).** Contextos del ser, las bases intersubjetivas de la vida psíquica. Barcelona: Editorial Herder.
- **Turner, H. A., Finkelhor, D., y Ormrod, R. (2010).** Poly-victimization in a national sample of children and youth. American journal of preventive medicine,38(3), 323-330.
- **Ungar, M. (2001).** La construcción social de la resiliencia entre jóvenes con problemas en acogida fuera del hogar: Un estudio sobre la desviación que mejora la salud. En Child and Youth Care Forum (Vol. 30, N.º 3, págs. 137-154). Nueva York: Kluwer Academic Publishers-Plenum Publishers.
- **Ungar, M. (2007).** Aspectos contextuales y culturales de la resiliencia en entornos de bienestar infantil. Humanizando el bienestar infantil: Voces de las Praderas , 1-23.
- **UNICEF (2007).** Eliminating Violence against Children handbook for parliamentarians. Disponible http://www.ipu.org/PDF/publications/violence_en.pdf
- **UNICEF (2022).** Derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes. Serie de formación sobre el enfoque basado en los derechos de la niñez. Disponible en: https://www.unicef.org/chile/media/7031/file/Mod%204%20derecho%20participacion.pdf
- **Tizón, J.L. (2004).** Pérdida, pena, duelo: vivencias, organización y asistencia, Barcelona, Paidós / Fundación Vidal i Barraquer.
- **Van der Kolk, B. (2015).** El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma. Editorial Elefhteria, Barcelona, España.

- **Van der Kolk B., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S. & Spinazzola J. (2005).** Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. Journal of Traumatic Stress, Vol. 18, No. 5, 389–399. Disponible en: http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/SpecialIssueComplexTraumaOct2006JTS3.pdf
- **Van der Kolk, B. (2020).** El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma (Spanish Edition) 4°Edición. Editorial Eleftheria SL.
- **Villouta, S., Astrid, (2023)** ¿Cómo Tanto? La presencia del trauma en el espacio clínico: Psicoterapia con una paciente de segunda generación de afectados por violencia política. Rev. DeBessel Van der Kolk, (2009, en 2020) Familias y Terapias, Año 32, N°54, junio 2023. Páginas 142 - 161. https://doi.org/10.29260/DFYT.2023.54G
- **Yehuda, R., Daskalakis, N. P., Lehrner, A., Desarnaud, F., Bader, H. N., Makotkine, I., ... & Meaney, M. J. (2015**) Influences of maternal and paternal PTSD on epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor gene in Holocaust survivor offspring. American Journal of Psychiatry.

2° APRUÉBENSE los siguientes Anexos:

- Anexo N°1: "Procedimiento para la elaboración del PII-U en proyectos ambulatorios que no cuentan con evaluación previa del programa DCE.

- Anexo N°2: "Informes de Avance":

a) Informe de Avance que el proyecto que atiene al niño, niña o adolescente remite a la Oficina Local de la Niñez.

b) Informe de Avance que el proyecto que atiene al niño, niña o adolescente remite al Tribunal de Familia.

- Anexo N°3: Formato de "Informe de Egreso".

XI. ANEXOS

ANEXO N° 1 "PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PII-U EN PROYECTOS AMBULATORIOS QUE NO CUENTAN CON EVALUACIÓN PREVIA DEL PROGRAMA DCE"

INTRODUCCIÓN

El presente documento técnico está orientado a todos aquellos proyectos ambulatorios de la oferta de protección especializada a los cuales ingresan niños, niñas y adolescentes **sin evaluación previa** del Programa de Diagnóstico Clínico Especializado (DCE).

Cabe consignar que, según la Ley 21.302, el ingreso a la oferta siempre será a través del mencionado Programa, constituyéndose en la puerta de entrada a la protección especializada. **Sin embargo, producto del proceso mismo de instalación de la nueva oferta, o ante la imposibilidad que el DCE pueda realizar la evaluación y el PII correspondiente, serán los propios programas ambulatorios los que realicen esta tarea.**

Es importante señalar que los procedimientos evaluativos que se describen en orden de elaborar los Planes de Intervención Individuales Unificados se fundamentan en el nuevo paradigma establecido por el Servicio, respecto del continuo protección-desprotección, basado en las cuatro dimensiones mencionadas en el documento.

Por último, en relación con lo anterior, se releva el hecho de que el Dossier de Evaluación anexo a las Bases Técnicas del Programa DCE es un documento de consulta obligado para la adecuada realización de lo que se indicará a lo largo del presente anexo.

REVISIÓN DOCUMENTAL PREVIA A LA ELABORACIÓN DEL PII-U

Con el propósito de preparar el proceso para elaborar el PII-U, es importante que los/as profesionales tengan en consideración y revisen todos los antecedentes que tengan a disposición. Dentro de los cuales, se destacan:

1. **Revisión del registro histórico de la base de datos institucional**, de manera de verificar si el niño, niña o adolescente o su familia (con otros hijos/as) presentan atenciones en la red de protección, por tipo de vulneración y tipo de programas, visualizando la trayectoria de vulneraciones e intervención, de existir.
2. **Revisión de la plataforma del poder judicial "mis causas",** a fin de conocer los antecedentes disponibles tanto de la causa proteccional vigente, así como indagar en la existencia de causas anteriores, tanto proteccionales, de familia, penales u otras a considerar ara estos fines.
3. **Solicitud de antecedentes complementarios a los entregados por la OLN** al momento de la derivación, por parte del director/a del Proyecto.
4. **Antecedentes referidos a la solicitud de ingreso**, es decir la información judicial consignada en la causa RIT[47] seguida ante el Tribunal de Familia y/o en los antecedentes de derivación por parte de las Oficinas Locales de Niñez, y toda aquella información a la que se tenga acceso relacionada con sistema de salud y sistema educacional, entre otras.

La revisión documental permitirá tener una primera aproximación a la particularidad de cada caso, dejando disponible información preliminar respecto de las cuatro dimensiones, la que deberá ser complementada con la realización de entrevistas y herramientas técnicas del Dossier de Evaluación, de acuerdo con el plazo señalado en el presente Anexo.

ELABORACIÓN DEL PII-U

Con la finalidad de elaborar el PII-U se debe utilizar el formato que está dado en la plataforma del Sistema Informático del Servicio, el cual está construido para vaciar información relativa a las cuatro dimensiones, con sus respectivos objetivos, actividades y resultados esperados.

A continuación, se presenta una **breve descripción de las cuatro dimensiones**, las herramientas técnicas incluidas en el Dossier que permiten explorarlas y el proceso de toma de decisiones para definir el nivel de desprotección en cada una de las dimensiones. Todo ello redunda en la elaboración de un PII-U pertinente y que responda a la singularidad de las situaciones proteccionales para niños, niñas, adolescentes y sus familias.

Las cuatro dimensiones

-

A fin de realizar la indagatoria de índole proteccional en cada una de las dimensiones que incluye el PII-U, es necesario tener presente el continuo **protección-desprotección** establecido por el Servicio**.**

Se reconocen **4 dimensiones a ser exploradas,** siendo estas:

- Las características de la situación de vulneración.
- La situación del niño, niña o adolescente.
- Las capacidades y respuesta de los padres/madres o cuidadores.

- Las características contextuales o del entorno.

Como se señala a continuación, se exponen las variables contenidas en cada dimensión:

1. ***Características de la situación de vulneración*:** Dimensión que refiere a las particularidades de los hechos que se configuran en una o más situaciones de violencia hacia el niño, niña o adolescente. Implica la/s tipología/s de violencia, sus circunstancias, frecuencia e intensidad, lo cual está directamente relacionado con las dimensiones que se describen a continuación, la "Situación del niño, niña o adolescente" y las "Capacidades y respuesta de los padres/cuidadores".
2. ***Situación del niño, niña o adolescente*:** Dimensión que involucra la satisfacción de las necesidades del desarrollo, el impacto biopsicosocial de la vulneración en el desarrollo (experiencia de sufrimiento o daño psicoemocional, y daño objetivo referido a las áreas del desarrollo afectadas, el funcionamiento cotidiano y la integración social), trayectoria de vulneraciones e intervenciones intersectoriales, junto con los recursos y factores protectores a nivel individual.
3. ***Capacidades y respuesta de los padres/madres o cuidadores/as*:** Esta dimensión se considera una variable decisiva o crítica (UNICEF, 2021), pues influye directamente en la situación de protección del niño/a y adolescente, considerando el curso de vida y el grado de dependencia/autonomía respecto de los adultos. Alude a las capacidades de madres, padres o cuidadores para satisfacer las necesidades de cuidado del niño, niña o adolescente, dentro de éstas los cuidados físicos, la seguridad, calidez emocional, estimulación y orientación, límites y estabilidad. Incluye su actitud y respuesta frente a la vulneración, así como ante la intervención del o los programas, también considera los factores protectores y recursos de los padres/madres o cuidadores/as.
4. ***Características contextuales o del entorno*:** Dimensión cuya modificación no depende directamente de madres, padres o cuidadores, pero es necesario considerar para observar su contribución a las variables anteriores (UNICEF, 2021). Considera los recursos comunitarios, seguridad del entorno, la integración social de la familia, la historia de la familia y funcionamiento, la familia extensa, empleo y vivienda, entre las principales, además de los factores protectores presentes en el entorno.

Herramientas Técnicas del Dossier para levantar información de las cuatro dimensiones

A fin de realizar el levantamiento de información para elaborar el PII-U, los y las profesionales cuentan como referencia con las herramientas técnicas contenidas en el Dossier de evaluación. A continuación, se explicitan estas herramientas asociadas a la dimensión que se va a explorar y sus respectivas variables.









A fin de aplicar las herramientas señaladas en el Dossier de evaluación y realizar la indagatoria de cada dimensión, los/as profesionales pueden implementar las siguientes metodologías para levantar información:

- Entrevistas y observación a niños, niñas y adolescentes
- Entrevista conjunta a niños, niñas o adolescentes y adultos cuidadores a cargo.
- Entrevistas con adultos a cargo del cuidado.

Reunión técnica para el proceso de toma de decisión colegiada

Como se mencionó, con la finalidad de facilitar la toma de decisiones fundada en el juicio profesional estructurado, la evaluación se estructura en 4 dimensiones, cada una de éstas con variables necesarias de observar con el apoyo de las herramientas del Dossier de evaluación.

Una vez levantada la información requerida y vaciada en la plataforma del Sistema Informático del Servicio en cada dimensión el/la profesional encargado/a realiza un análisis y triangulación de ésta, **compartiendo los principales resultados del proceso evaluativo con otro/a profesional de su equipo de trabajo.**

Compartir los resultados de la evaluación y su respectivo análisis con un/a profesional de distinta disciplina resulta indispensable para que ambos/as se acerquen a una visión interdisciplinaria de cada caso. **Ello promueve disminuir los sesgos naturales del o la profesional que efectuó la evaluación y llenado de la plataforma** incentivando un enfoque reflexivo en torno a ésta.

Durante esta reunión técnica se realizan dos acciones conjuntas: lo primero es llegar a un acuerdo respecto del nivel de desprotección para cada dimensión, en un ejercicio de **juicio profesional estructurado.** Lo segundo, consensuar los objetivos y estrategias para cada ámbito de acción (individual, familiar, redes).

- ***Valoración del nivel de desprotección por cada dimensión.***

A continuación, se presentan cuadros referenciales para facilitar el ejercicio de juicio profesional estructurado por cada dimensión y su respectivo nivel de desprotección. Por tanto, los/as profesionales participantes de la reunión integran la información levantada tanto en la revisión documental como en las metodologías de entrevistas implementadas.

Dimensión 1: Características de la violencia o maltrato

Nivel de desprotección inicial	Nivel de desprotección intermedia	Nivel de desprotección avanzada

Tipología/s de violencia o maltrato en nivel de gravedad moderada en Valora Galicia adaptado. Sin trayectoria de vulneración.	Tipología/s de violencia o maltrato en nivel de gravedad elevada en Valora Galicia adaptado. Presenta Moderada trayectoria (1 o 2 ingresos previos a la red).	Tipología/s de violencia o maltrato en nivel de gravedad muy elevada en Valora Galicia adaptado. Trayectoria de vulneraciones, han ocurrido la mayor parte de la vida del niño/a o adolescente. Presencia de polivictimización.

Dimensión 2: Situación del niño, niña o adolescente

Nivel de desprotección inicial	Nivel de desprotección intermedia	Nivel de desprotección avanzada
Falta de satisfacción de algunas de las necesidades del niño o niña de acuerdo a su edad (físicas, de seguridad, sociales emocionales y cognitivas), que ocurren en forma esporádica. El Impacto biopsicosocial de la violencia al niño, niña o adolescente no afecta alguna área del desarrollo. Presencia de hasta dos factores de riesgo para recurrencia de la violencia en el nivel individual o referido al niño, niña o adolescente, que no sean de alto riesgo. Presencia de algunos recursos y factores protectores para la recurrencia de violencia que moderan el efecto de los factores de riesgo en el ámbito individual.	Falta de satisfacción de algunas necesidades del niño o niña de acuerdo a su edad (físicas, de seguridad, sociales emocionales y cognitivas) que ocurren habitualmente. El Impacto biopsicosocial de la violencia afecta simultáneamente al menos a dos áreas de desarrollo (físico, emocional, social, cognitivo, afectivo o sexual) y se manifiesta desde la actual etapa evolutiva. Presencia de hasta un factor de alto riesgo para recurrencia de la violencia en el nivel individual o referido al niño, niña o adolescente. Presencia de algunos recursos y factores protectores que no resultan suficientes para moderar los factores de riesgo de recurrencia de violencia en el ámbito individual.	Falta de satisfacción de la mayor parte de las necesidades del niño o niña de acuerdo a su edad (físicas, de seguridad, sociales emocionales y cognitivas) que se ha mantenido en el tiempo e impactado en su desarrollo. Impacto biopsicosocial de la violencia grave, es decir, afecta simultáneamente una o varias áreas de desarrollo, y estas dificultades han persistido a lo largo de diferentes etapas evolutivas. El niño, niña o adolescente presenta trastorno de estrés post traumático, o trastorno de estrés postraumático complejo, **o** trastorno traumático del desarrollo. Presencia de más de un factor de alto riesgo para recurrencia de la violencia en el nivel individual o referido al niño, niña o adolescente. Presencia de escasos recursos y factores protectores para la recurrencia de violencia que requieren desarrollo para compensar los factores de riesgo en el ámbito individual.

Dimensión 3: Capacidades de los padres/madres o cuidadores

Nivel de desprotección inicial	Nivel de desprotección intermedia	Nivel de desprotección avanzada
El adulto a cargo del cuidado presenta dificultad para responder a algunas de las necesidades del niño/a en forma esporádica. Presencia de hasta dos factores de riesgo de recurrencia de la violencia en el ámbito familiar (padres/madres o cuidadores/as), que no sean de alto riesgo. Disponibilidad hacia la intervención idónea o suficiente. Presencia de algunos recursos y factores protectores que moderan el efecto de los factores de riesgo de recurrencia de la violencia.	El adulto a cargo del cuidado presenta dificultad para responder a algunas de las necesidades del niño/a en forma habitual. Presencia de hasta un factor de alto riesgo de recurrencia de la violencia en el ámbito familiar (padres/madres o cuidadores/as). Disponibilidad hacia la intervención suficiente. Presencia de algunos recursos y factores protectores, que no resultan suficientes para moderar los factores de riesgo de recurrencia de la violencia.	El adulto a cargo del cuidado presenta dificultad para responder a la mayor parte de las necesidades del niño/a en forma permanente. Presencia de más de un factor de alto riesgo de recurrencia de la violencia en el ámbito familiar (padres/madres o cuidadores/as) Disponibilidad hacia la intervención insuficiente o nula. Presencia de escasos recursos y factores protectores, que requieren desarrollo para compensar los factores de riesgo de recurrencia de la violencia.

Dimensión 4: Características del contexto o entorno

Nivel de desprotección inicial	Nivel de desprotección intermedia	Nivel de desprotección avanzada

Presencia de soportes comunitarios e intersectoriales, a los cuales no han tenido acceso la familia y/o el niño/a. Presencia de hasta dos factores de riesgo de recurrencia de la violencia en el contexto, que no sean de alto riesgo, que el adulto tiene presentes. Presencia de algunos recursos y factores protectores que moderan el efecto de los factores de riesgo de recurrencia de la violencia en los ámbitos individual y familiar.	Presencia de soportes comunitarios e intersectoriales, junto a obstáculos para el acceso de la familia y/o el niño/a. Presencia de hasta un factor de alto riesgo de recurrencia del maltrato en el contexto, que el adulto no visualiza. Presencia de algunos recursos y factores protectores que no resultan suficientes para moderar los factores de riesgo de recurrencia de la violencia en los ámbitos individual y familiar.	Ausencia de soportes comunitarios e intersectoriales. Presencia de más de un factor de alto riesgo de recurrencia del maltrato en el contexto, que el adulto no visualiza. Presencia de escasos recursos y factores protectores, que requieren desarrollo para compensar los factores de riesgo de recurrencia de la violencia en los ámbitos individual y familiar.

- ***Establecimiento de objetivos y actividades.***

En base al nivel de desprotección definido por cada dimensión, los factores de riesgo de recurrencia de violencia, los recursos y factores protectores presentes en la situación específica de cada niño, niña o adolescente, se deben establecer los objetivos de la intervención destinada a restituir derechos, reparar el daño ocasionado por las vulneraciones y evitar la recurrencia de la situación de violencia que generó el ingreso a la red de Protección Especializada.

Asimismo, el plan de intervención plantea las estrategias y actividades orientadas al cambio de la situación de desprotección, **resultando imprescindible que los objetivos diseñados para cada caso sean concretos, medibles y alcanzables en el corto plazo.** Este instrumento también define los resultados esperados durante el acompañamiento que se efectuará, el plazo y la frecuencia de las acciones y el/la o los/las profesionales responsables de estas.

Cabe señalar que, el Plan de Intervención Unificado elaborado es dinámico, por tanto, se va ajustando al quehacer propio de cada modalidad de protección especializada a la que ingresa el niño, niña o adolescente, con la participación de estos/as y sus familias o de los adultos a cargo del cuidado. En cada modalidad de la protección especializada este plan de intervención debe ser **evaluado trimestralmente**, informándose sus avances a la instancia derivante.

Reunión con el niño, niña o adolescente y su familia para compartir el PII-U

En forma posterior al llenado de la plataforma del Sistema Informático del Servicio, el/la profesional que realizó el proceso de evaluación se reúne en una reunión presencial con el niño, niña o adolescente y su familia o personas adultas cuidadoras con el propósito de dar a conocer el contenido del PII-U.

Se dan a conocer en forma simple y lenguaje claro los principales resultados de la evaluación, junto con los objetivos por cada ámbito de acción, consultando el parecer a todos/as los/as convocados/as. Esto es imprescindible, pues en orden de asegurar la participación del niño, niña o adolescente y su familia o personas adultas cuidadoras respecto del plan de intervención preelaborado, y que sus opiniones sean escuchadas y debidamente consideradas en las decisiones que se adopten, centrándose en las fortalezas y recursos con los que cuentan. **Ello favorecerá una relación colaborativa que haga sentirse valorado al grupo familiar en su conjunto** respetados y apoyados, alentando una mayor posibilidad de comprender sus propias vulnerabilidades.

Además, se debe garantizar instancias oportunas y permanentes de diálogo durante todo el proceso y en las sucesivas revisiones del PII-U que se realizan de forma trimestral, lo que contribuirá a establecer alianza entre los niños, niñas, adolescentes y sus familias, y los profesionales responsables del proceso de acompañamiento terapéutico.

ANEXO N°2 "INFORMES DE AVANCE"

A. **Informe de avance que el proyecto que atiende al niño, niña o adolescente remite a la Oficina Local de la Niñez.**

INFORME DE AVANCE N° X/AÑO

1. **IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN**

Nombre Proyecto	
Dirección	
Región	
Teléfono de contacto	
Nombre director/a	
Correo electrónico	
Nombres profesionales de Equipo Integrado responsable (nombre y cargo)	
Nombres otros participantes (si corresponde) (nombre y cargo)	
Fecha de derivación ente derivante	
Plazo de derivación al proyecto por resolución administrativa	
Fecha de ingreso efectivo al Proyecto	
Fecha última evaluación del PII U	
Fecha elaboración informe de avance	

2. **IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE**

Nombre y apellidos					
Fecha de nacimiento		**Edad**		**Cédula de identidad**	
Nacionalidad					

Escolaridad		**Establecimiento**			
Sexo		**Género**			
Fecha de Ingreso a la modalidad				**Motivo de derivación**	
RIT de la causa		**Tribunal derivante**		**N° de informes de avance remitidos**	
OLN derivante		**Folio derivación**			
Domicilio actual					

III. **IDENTIFICACIÓN DEL O LOS ADULTOS DE LA FAMILIA QUE PARTICIPA/N EN LA INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA** (agregar cuadro de identificación para cada uno de los adultos que participan en la intervención)

Nombre y apellidos				**Sexo / género**	
Fecha de nacimiento		**Nacionalidad**		**Escolaridad**	
Profesión		**Trabajo formal**		**Trabajo informal**	
Cédula de Identidad /Pasaporte				**Relación con NNA**	
Actividad		**Correo electrónico**			
Domicilio				**Teléfono**	

IV. **PRONUNCIAMIENTO NIVEL DE DESPROTECCIÓN DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO ESPECIALIZADO (marcar con x)**

Inicial		**Intermedio**		**Avanzado**	

V. **ACTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DEL NIÑO O NIÑA 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 o niña				
Capacidades de Cuidado de la Familia o del adulto a cargo				
Características del Entorno o Contexto Socio Comunitario				

VI. **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 Y ADOLESCENTES	**1 informe**	**2 informe**	**3 informe**	**4 informe**	**CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INFORME ACTUAL (cumplido, no cumplido, en proceso)**
Objetivo 1:					
Objetivo 2					
Objetivo 3 +					

Ámbito: FAMILIAR	**1 informe**	**2 informe**	**3 informe**	**4 informe**	**CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INFORME ACTUAL (cumplido, no cumplido, en proceso)**
Objetivo 1:					
Objetivo 2					
Objetivo 3 +					

Ámbito: **COMUNITARIO/REDES**	**1 informe**	**2 informe**	**3 informe**	**4 informe**	**CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INFORME ACTUAL** **(cumplido, no cumplido, en proceso)**
Objetivo 1:					
Objetivo 2					
Objetivo 3 +					

VII. **EMERGENTES FACILITADORES Y/O OBSTACULIZADORES DE LA INTERVENCIÓN**

Sólo rellenar si quisieran reportar aspectos relevantes que requieran de gestión del ente derivante, tales como:

-Fortalezas y recursos individuales, familiares y comunitarios observados en la intervención

-Dificultades en la adherencia y/u otros aspectos relevantes que justifiquen las sugerencias entregadas en el recuadro más abajo.

VIII. **CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

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

TIPO SUGERENCIA	**SI**	**NO**	**JUSTIFICACIÓN**	
Continuar Medida			*(Mismo plazo de resolución que consigna la medida de protección)*	
Prorrogar Medida			*(Establecer plazo, considerando lo dispuesto en Decreto Supremo N° 3 en el caso de que el ente derivante sea OLN):*	
Modificar Medida			*(Razón o justificación):* *(Si la modificación involucra la derivación a otro/s programa/s, identificación del programa a derivar y datos de contacto)*	
Medidas Cautelares			*Cuál:* *(Describir factores de riesgo que justifiquen la solicitud de medida/s cautelar/es con individualización, datos de contacto a favor y contra quien se dictaría la medida)*	
Egreso **Marque la o las alternativas pertinentes y justifique Solicitud.**			**POR CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE PII**	
			MAYORÍA DE EDAD	
			FALLECIMIENTO	
			OTRO MOTIVO (Señalar)**:**	

Fecha del informe

Identificación y firma de los/las profesionales informantes.

Identificación y firma director del proyecto

B. **Informe de avance que el proyecto que atiende al niño, niña o adolescente remite al Tribunal de Familia.**

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

FORMATO DE INFORME DE AVANCE

I. **IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE**

IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE					
Nombre y apellidos				*Sexo / género*	
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.	
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				Sexo / género	
Fecha de nacimiento		Nacionalidad		Escolaridad	
Cédula de Identidad /Pasaporte				Relación con NNA	
Actividad		Formal		Informal	
Domicilio				Teléfono	
Correo electrónico					

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, respectos 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 "INFORME DE EGRESO"

Nombre Proyecto	
Región	
Domicilio	
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 y NIÑA Y DEL ADULTO A CARGO DEL CUIDADO**					
IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO O NIÑA					
Nombre 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	

I. PRINCIPALES RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN DE LOS PROGRAMAS.

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

Dimensiones	**Al ingreso (DCE)**	**Al egreso**
Situación de violencia		• 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 o niña, la familia y en el contexto. y sus resultados. • Factores protectores de la violencia desarrollados por el niño o niña, la familia y en el contexto.
Situación del niño o niña		• 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 y niñas ingresados/as a cuidado alternativo. • Habilidades de la vida diaria desarrolladas.
Situación de la familia		• Satisfacción de necesidades del niño o niña 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. • NNA mantiene vínculo con la familia, aunque no hubo reunificación familiar.

Situación del contexto		• Disminución de la brecha de prestaciones intersectoriales al niño o niña. Cuales se activaron y cuales recibe. • Disminución de la brecha de prestaciones intersectoriales a la familia. Cuales se activaron y cuales recibe. • Aumento de redes comunitarias informales del niño o niña. Cuales. • Aumento de redes comunitarias informales de la familia. Cuales. • Aumento de redes comunitarias formales del niño o niña. Cuales. • Aumento de redes comunitarias formales de la familia. Cuales.

II. SUGERENCIA TÉCNICA DE EGRESO

Motivo de solicitud de egreso	
Justificación técnica y jurídica	

III. CONCLUSIÓN

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

Fecha del informe

Identificación y firma de los/las profesionales informantes.

3° PUBLÍQUESE la presente resolución que aprueba la Base Técnica del “Programa Terapéutico Especializado” de la línea de acción “Intervenciones Ambulatorias de Reparación”, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y sus Anexos, en la página web del Servicio.

---

[1] Base Técnica es definida como aquel documento que contiene un marco conceptual y establece soportes metodológicos, 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 los Colaboradores Acreditados, teniendo la Base Técnica como marco, realicen los ajustes necesarios, de acuerdo con las características territoriales donde se encuentran los niños, niñas y adolescentes y sus familias.

[2] Ley N° 21.302 que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, publicada el 02 de enero de 2021.

[3] Dicha jornada se llevó a cabo en febrero del año 2024 en dependencias del Ministerio de Desarrollo Social y Familias, participaron equipos y directivos de Colaboradores Acreditados que ejecutan Programas de Intervención Integral -PIE-tradicional, Programa de Intervención Integral -PIE 24 Horas, Programas Especializados con niños, niñas y/o adolescentes en Situación de Calle -PEC- y Programa Especializado en Explotación Sexual Comercio Infantil y Adolescente -PEE. La Jornada Técnica se desarrolló en conjunto con las unidades nacionales y regionales de Gestión y Evaluación de Colaboradores, participaron 73 personas de manera presencial y sus hallazgos se constituyeron en un importante insumo en la elaboración de la presente base técnica.

[4] El director Nacional del Servicio convoca a una serie de expertos para conformar un Grupo Asesor para desarrollar propuestas respecto de aportaron a los desafíos que presenta el abordaje y atención de niños y niñas menores de 14 años que, habiendo incurrido en conductas transgresoras de ley, por razón de su edad, son inimputables. En este contexto, la División de Estudios y Asistencia Técnica, lideró el desarrollo de ocho sesiones durante el mes de mayo del año 2025. Este Grupo Asesor estuvo integrado por los siguientes expertos: Carolina Báez Hernández, Francisca González, Carolina Hidalgo Aguayo, Pamela Jervis, Pilar Larroulet Philippi, Paula Luengo Kanacri, Gayle Mac Lean Carrasco, Marigen Narea Biscupovich, Rafael Rodríguez Walker, Mahia Saracostti Schwartzman y Ester Valenzuela Rivera.

[5] Durante el mes de septiembre del año 2025 se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas de manera telemática con supervisores/as técnicos de las regiones Arica y Parinacota y Tarapacá.

[6] Estas jornadas se llevaron a cabo, a solicitud del director nacional, en las regiones de Ñuble y Araucanía, durante los meses de abril y mayo del año 2026, con la participación de profesionales de las distintas unidades técnicas de estas direcciones; así como igualmente las respectivas directoras regionales de la institución.

[7] Programa de Intervención Integral Especializada (PIE).

[8] Programa de Intervención Integral Especializada, como parte del Circuito 24 Horas.

[9] Programas Especializados con Niños, Niñas y/o Adolescentes en Situación de Calle.

[10] Programa Especializado en Explotación Sexual Comercio Infantil y Adolescente.

[11] En las Orientaciones Técnicas del Programa Acompañamiento Familiar Territorial del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, se entrega el concepto de**mentalización** para aludir a “una serie de procesos asociados al imaginar que nos permite percibir e interpretar el comportamiento humano en términos de estados intencionales (necesidades, deseos, sentimientos, creencias, objetivos, propósitos y razones)” (Fonagy y Allison, 2014 en SNPE, p.19). Además, se incluye la definición de Mark Dangerfield (2021), quien la comprende como “la capacidad de vernos a nosotros mismos desde fuera y de imaginarnos a los demás desde dentro”. Asimismo, señala que los aspectos principales de la mentalización son: (1) la capacidad de introspección, entendida, como el proceso de otorgar sentido a las emociones que sentimos en relación con lo que estemos viviendo, como también a la capacidad de pensar sobre lo que nos está pasando; (2) la capacidad de empatía, referida a la facultad de ponernos en el lugar del otro/a, imaginando lo que puede estar sintiendo y pensando.

[12] El documento interno denominado “Minuta Análisis Programa de Explotación Sexual (PEE)” (agosto de 2025), elaborado por el Departamento de Estudios y Gestión de la Información del Servicio, arroja que los niños, niñas y adolescentes atendidos/as en el programa PEE durante el 2024 se concentran principalmente en los tramos de 14 a 17 años (68,8%) y de 18 años y más (19,5%). En tanto, los programas PIE, PIE (24H) y PEC se observa una tendencia similar, donde el tramo de 14 a 17 años representa la mayor proporción de niños, niñas y adolescentes atendidos/as (63,1%, 62,8% y 56,2%, respectivamente). Estos datos son un referente puesto que, es probable, que parte de esta población sea absorbida por el Programa Terapéutico Especializado.

[13] Considerando que las trayectorias de polivictimización se presentan en mayor medida en adolescentes es que las metodologías están principalmente diseñadas para esta población, por lo que requerirá ser ajustadas por el equipo integrado cuando ingrese un niño o niña de menor edad.

[14] Artículo 68 y siguientes de la Ley N° 19.968

[15] En el caso excepcional que la derivación no cuente con evaluación del Programa DCE, este Programa debe realizar las acciones que se describen en el Anexo 1 “Procedimiento para la elaboración del PII-U en proyectos ambulatorios que no cuentan con evaluación previa del proyecto DCE”.

[16] Para profundizar en el enfoque informado sobre el trauma y sus principios rectores, se sugiere revisahttps://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4884.pdf

[17] Para profundizar en el Modelo AMBIT se sugiere ver el Manual (acceso gratuito y liberado)https://manuals.annafreud.org/ambit/

[18] La estrategia de Acompañamiento Reflexivo Especializado (ARE), se entiende como “El proceso metodológico por medio del cual se instalan lenguajes, aprendizajes, marcos comprehensivos y raciocinios destinados a desarrollar una reflexión que, fundada en principios, prácticas y axiomas que revisten un carácter normativo y que se hallan asentados en el enfoque de derechos, facilitan el auto análisis acerca de la intervención con el niño, niña, adolescente y su familia, sea desde la esfera de actuación individual y/o grupal del equipo a cargo de la intervención, y que está destinada a la realización de acciones efectivas, oportunas y de calidad en la restitución y reparación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes”. (SPE, 2024 p.6 - p.7).

[19] A las cuales se alude en el apartado 6.4 Estrategia a nivel de equipo del modelo para la ejecución de las etapas.

[20] Praxis desarrollada por Tom Andersen, que habla de un espacio de horizontalidad donde todos/as los 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.

[21] Para mayor información consultar documento de Enfoques Transversales, disponible en:https://www.servicioproteccion.gob.cl/portal/Repositorio/Resoluciones/1574:Resolucion-Exenta-N-605

[22] Respecto de los Componentes, Dimensiones y Módulos del Programa Prevención Focalizada, se desarrollan en su respectiva Base Técnica.

[23] La alianza terapéutica se comprende en el marco del presente Modelo, como un vínculo interpersonal entre el o la terapeuta especializado y el o la adolescente y adultos que participan del acompañamiento, el cual es recíproco, dinámico, diádico y contextual. Se construye sobre la base de la confianza, la colaboración y la seguridad, permitiendo el establecimiento de manera participativa la dirección del Plan de Intervención Individual Unificado, el cómo llevarlo a cabo y ajustar su rumbo.

[24] La co - terapia es entendida como una práctica terapéutica caracterizada por la presencia de dos terapeutas. Consiste en una relación cooperativa de igual posición, que brinda una mutua supervisión, lo que ayuda a pensar de una manera más amplia sobre la problemática del niño, niña o adolescente, da apoyo mutuo y evita la soledad de la práctica terapéutica. Los coterapeutas comparten entre sí la estrategia que se aplicará en el proceso interventivo.

[25] Para mayor información sobre la formación en el modelo, verhttps://manuals.annafreud.org/ambit-static/current-versions-of-the-ambit-manual

[26] Decreto Supremo N°14: “Aprueba reglamento que regula los mecanismos de participación y de exigibilidad de derechos del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.

[27] Para mayor profundidad consultar la Política del Servicio para el Abordaje de la Diversidad Sexual y de Género en niños, niñas y adolescentes vigente.

[28] Recordar que, en aquellas situacionesexcepcionales en que la derivación del niño, niña o adolescente al Modelo no cuente con evaluación del Programa DCE, este Programa debe realizar las acciones que se describen en el Anexo 1 “Procedimiento para la elaboración del PII-U en proyectos ambulatorios que no cuentan con evaluación previa del proyecto DCE”.

[29] Para mayor información se sugiere revisar las Orientaciones Técnicas del Programa Diagnóstico Clínico Especializado, disponible enhttps://www.servicioproteccion.gob.cl/601/articles-1583_recurso_pdf.pdf

[30] En anexo N° 2 se incluye el formato PII-U.

[31] **Para mayor profundización, revisar 6.2. Marco Técnico Transversal del Modelo, letra c.**

[32] Para elaborar estos Módulos tomaron aspectos del *Modelo CARE: Creating Conditions for Change*, desarrollado por Martha Holden y su equipo en la Universidad de Cornell (2023).

[33] Para elaborar este Módulo se tomaron elementos de la guía clínica "Mentalization-Based Treatment for Adolescents: A Practical Treatment Guide" editada por Rossouw, et. Al 2021 y la publicación "MBT-TF. Una Aproximación clínica al Trauma Complejo en Clave de Mentalización, de Javier Ramos García, 2025

[34] Para elaborar este Módulo se consideraron elementos de la terapia narrativa STAIR para adolescentes, creada por el equipo de investigadores liderado por Maryléne Cloitre (2017).

[35] Para elaborar este Módulo se consideraron elementos de lo propuesto por Norka Malberg, et al. (2021), en su libro "Trabajando con Padres en Terapia. Un abordaje Basado en la Mentalización"; de la publicación "MBT-TF. Una Aproximación clínica al Trauma Complejo en Clave de Mentalización (2025), de Javier Ramos García, 2025 y de la Guía Clínica "Mentalization-Based Treatment for Adolescents: A Practical Treatment Guide", editada por Rossouw, et.al 2021.

[36] En el estudio "Sistematización de experiencias de abordaje y propuesta de un modelo de intervención de la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes en entornos digitales" (SN-PUCV 2023), encargado por la Subsecretaría de la Niñez a la Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, se propone como estrategia de prevención primaria que los padres o cuidadores supervisen a sus hijos e hijas la utilización del internet, desde un rol de apoyo con apertura al diálogo y considerando el principio de autonomía progresiva. Para lo cual las personas adultas requieren contar con la información y las habilidades para acompañarlos/as.

[37] Para elaborar este Módulo se consideraron algunos aspectos de lo señalado por Norka Malberg, et al. (2021), en su libro "Trabajando con Padres en Terapia. Un abordaje Basado en la Mentalización".

[38] Se recuerda que, en el marco del presente Modelo, se define que las **familias no se constituyen solamente por lazos sanguíneos, sino que se construyen a partir de la articulación de sistemas de cuidado que se sostienen en el tiempo, pudiendo adoptar múltiples formas en cuanto a su composición.**

[39] Se recuerda que el presente Modelo lo define al **adulto/a cuidador/a**", como como una figura de referencia protectora, vinculada afectivamente con el o la adolescente, brindando seguridad y acompañamiento, configurándose como soporte vital estable en su trayectoria, presentando disponibilidad para participar en el proceso de acompañamiento terapéutico.

[40] Por tránsito respetuoso, se entiende el proceso de egreso hacia un sistema de cuidado alternativo realizado de forma **progresiva, participativa y sensible**, asegurando que el o la adolescente y su familia sean informados, que su opinión sea considerada y que las emociones implicadas sean acompañadas. Privilegia el acogimiento familiar, garantizando continuidad afectiva y relacional, así como condiciones de protección acordes a su interés superior. Además, requiere instancias de intercambio técnico entre equipos, más allá del traspaso documental, para transmitir los avances, características y necesidades que sustentan la derivación.

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

[42] "Síndrome del trabajador quemado" hace referencia a la cronificación del estrés laboral.

*La jornada será establecida de acuerdo a la ley N°21.561 en los casos que corresponda. Por otra parte, la jornada laboral debe ser flexible para adecuarse a los horarios de niños, niñas y adolescentes y adultos/as participantes.

[43] Ver Marco del Modelo Integrado de Programa Terapéutico Especializado – Prevención Focalizada.

[44] Aplica profesional psicólogo/a o trabajador/a social con formación en modelos de supervisión con foco en lo reflexivo.

[45] 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 y no en los conocimientos previos del supervisor, quien -como dueño y ejercitante del poder/saber- es esclavo de sus prejuicios y sus prenociones.

[46] Toda la información contenida en los computadores y en las carpetas digitales de los niños, niñas y adolescentes deben contar con un sistema de respaldo de información y documentación, cuya responsabilidad es del director/a del Proyecto.

[47] RoI Interno del Tribunal.

[48] Los factores de alto riesgo de recurrencia de violencia están destacados en el dosier, en el documento "Factores de riesgo y protectores de recurrencia de las tipologías de violencia o maltrato" (ver anexo).

[49] Se espera que el proyecto identifique claramente cuántos informes ha remitido por NNA y a qué informe corresponde el presente. Es decir, si es el primer informe emitido, debería indicarse N° 1/2024.

[50] A contar del quinto informe, se deberá agregar una nueva hoja con los informes correlativos que corresponda, considerando que un proceso de intervención se puede prolongar por un rango mayor al propuesto en el formato.

[51] En la conclusión se debe precisar si se solicita la mantención o prórroga de la medida, o su modificación, caso en el cual se debe consignar la sugerencia de cambio o la dictación de medidas cautelares específicas para la protección del niño, niña o adolescente. La solicitud realizada debe estar debidamente fundada, precisar el plazo requerido y ser coherente con el desarrollo del informe, de modo que permita al juez efectuar una correcta ponderación del interés superior, en virtud del artículo 7° de la Ley N° 21.430.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

ESTE DOCUMENTO CUENTA CON FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA
Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia

GHERMAN NICOLAS WELSCH CHAHUAN
Director Nacional (S)

CGG/AAO/MMC/AGV/MPN

DISTRIBUCIÓN:

1. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - ARICA
2. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - TARAPACÁ
3. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - ANTOFAGASTA
4. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
5. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - COQUIMBO
6. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - VALPARAÍSO
7. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - METROPOLITANA
8. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - MAULE
9. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - ÑUBLE
10. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - BIOBIO
11. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - LA ARAUCANÍA
12. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - LOS RÍOS
13. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - LOS LAGOS
14. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - AYSÉN
15. SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y

ADOLESCENCIA - O'HIGGINS
16. DIRECTOR REGIONAL DE MAGALLANES (S)
17. DIVISIÓN DE ESTUDIOS Y ASISTENCIA TÉCNICA
18. DIVISIÓN DE SERVICIOS Y PRESTACIONES
19. DIVISIÓN DE SUPERVISIÓN EVALUACIÓN Y GESTIÓN
20. FISCALÍA
21. DEPARTAMENTO DE DISEÑO Y EVALUACIÓN

Documento firmado con Firma Electrónica Avanzada, el documento original disponible en:
https://ceropapel.servicioproteccion.gob.cl/validar/?key=26806886&hash=4d9dc