Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia

Gobierno de Chile

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 01193/2026

APRUEBA LA BASE TÉCNICA DEL "PROGRAMA DE INTERVENCIÓN REPARATORIA", 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.

Santiago, 23 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 30 de junio del 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, 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 8° del Decreto Supremo N°7, de 30 de junio del 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 y 30 de la referida ley y otras materias que indica, señala que el **“programa de intervención reparatoria”** *“atiende a niños, niñas y adolescentes, en situación de desprotección, con baja trayectoria en la red de protección del Servicio, presentando ingresos previos a dispositivos de la red, cuyos miembros de su familia estén o no disponibles para trabajar el proceso terapéutico, debiendo en este último caso incorporar referentes afectivos significativos para él o ella.”*

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 de intervención reparatoria", el cual está dirigido a niños, niñas y adolescentes de entre 0 y 17 años, que se encuentran en situación de desprotección intermedia, y sus familias. Ello, de acuerdo a la evaluación realizada por el Programa de Diagnóstico Clínico Especializado. El programa es de ejecución conjunta con el Programa Complementario de Prevención Focalizada, conformando ambos programas el **Modelo Terapéutico Integrado de Intervención Reparatoria – Prevención Focalizada,** ejecutado por colaboradores acreditados. Asimismo, la ley N°19.968, que crea los Tribunales de Familia, en el Título IV, Procedimientos Especiales, establece en su Párrafo Primero, el procedimiento judicial de aplicación de las medidas de protección bajo las cuales 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, de acuerdo a lo señalado en la Base Técnica, *"El Programa se enmarca en la transformación de la oferta de protección especializada a la niñez y adolescencia, el cual implica un cambio cultural y paradigmático: se transita desde una mirada unidireccional a una de cuatro dimensiones y del concepto de ´complejidad´ al de ´desprotección´, expresado en un continuo de desprotección - protección. En ese contexto, se otorga un rol central a lo terapéutico, extendiéndolo a la cotidianeidad, así como a los territorios donde se desenvuelven los/as niños, niñas, adolescentes y sus familias".*

10°. 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."

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 de Intervención Reparatoria” ejecutado por equipos de colaboradores acreditados, de la línea de acción “Intervenciones Ambulatorias de Reparación”.

RESUELVO:

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

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia

Ministerio de Desarrollo Social y Familia

BASE TÉCNICA
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN REPARATORIA

LÍNEA DE ACCIÓN
INTERVENCIONES AMBULATORIAS DE REPARACIÓN

AGOSTO 2026

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN 7
II. DEFINICIÓN DEL MODELO TERAPÉUTICO INTEGRADO 8
III. CONCEPTUALIZACIÓN 10
3.1 Violencia y Trauma 11
3.2. La Reparación como proceso integral y multidominios 14
IV. PARTICIPANTES DEL PROGRAMA 17
V. RUTAS DE INGRESO 18
VI. ÁMBITOS DE ACCIÓN 18
6.1 OBJETIVOS DEL PROGRAMA 18
6.2 MARCO TÉCNICO TRANSVERSAL DEL MODELO 18
6.3 COMPONENTES 24
6.3.1 COMPONENTE 1: SEGURIDAD 25
6.3.2 COMPONENTE 2: RECUPERACIÓN 27
6.4 ESTRATEGIA A NIVEL DE EQUIPO DEL MODELO PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ETAPAS 29
6.5 ETAPAS DEL PROCESO 33
6.5.1 ETAPA 1: INGRESO Y ACOGIDA 34
6.5.2 ETAPA 2: AJUSTE DEL PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL (PII) AL PII-U (UNIFICADO) 38
6.5.3 ETAPA 3: EJECUCIÓN MODULAR 41
6.5.4 ETAPA 4: SOSTENIBILIDAD DE LOS CAMBIOS 86
6.5.5 ETAPA 5: CIERRE Y EGRESO 88
6.6 MATRIZ LÓGICA 89
VII. RECURSOS 90
7.1 GESTIÓN DE PERSONAS 90
7.2 INFRAESTRUCTURA 95
VIII. SISTEMA DE REGISTRO. 96
IX. REFERENCIAS. 97
ANEXOS 102

I.INTRODUCCIÓN

La presente Base Técnica corresponde al **Programa de Intervención Reparatoria,** el cual está dirigido a niños, niñas y adolescentes de entre 0 y 17 años, que se encuentran en situación de desprotección intermedia y sus familias. Ello, de acuerdo a la evaluación realizada por el Programa de Diagnóstico Clínico Especializado. El programa es de ejecución conjunta con el Programa Complementario de Prevención Focalizada, conformando ambos programas el **Modelo Terapéutico Integrado de Intervención Reparatoria – Prevención Focalizada,** ejecutado por colaboradores acreditados.

Según lo establecido en el artículo 18 de la ley N° 21.302, que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, este Programa corresponde a la línea de acción Intervenciones Ambulatorias de Reparación, cuyos programas de la línea se complementan con uno o más programas de la línea de Fortalecimiento y Vinculación. En el caso del Programa de Intervención Reparatoria, como ya se señaló, se complementa exclusivamente con el Programa de Prevención Focalizada. Estos programas se encuentran definidos en el artículo 8° del decreto supremo N°7, de 30 de junio del 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 y 30 de la referida ley y otras materias que indica, el que hace alusión a quienes está dirigido y cuáles serían los objetivos generales de los mismos. Asimismo, la ley N°19.968, que crea los Tribunales de Familia, en el Título IV, Procedimientos Especiales, establece en su Párrafo Primero, el procedimiento judicial de aplicación de las medidas de protección bajo las cuales 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, la cual implica un cambio cultural y paradigmático: se transita desde una mirada unidireccional a una de cuatro dimensiones y del concepto de ´complejidad´ al de ´desprotección´, expresado en un continuo de desprotección-protección. En ese contexto, se otorga un rol central a lo terapéutico, extendiéndolo a la cotidianeidad, así como a los territorios donde se desenvuelven los/as niños, niñas, adolescentes y sus familias.

Este Programa, además del marco conceptual, tiene a la base un marco técnico transversal que se ve reflejado desde los componentes del Programa: Seguridad, Recuperación y Fortalecimiento (este último, que aporta el Programa complementario de Prevención Focalizada), y a lo largo de toda la ejecución. Los elementos que componen dicho marco son: Acompañamiento terapéutico, enfoque informado por el trauma, mirada rizomática y promoción de equipos reflexivos[1]. Lo anterior se operativiza en las distintas etapas del proceso, siendo una innovación la forma de concebir la etapa de ejecución modular, en la cual se presentan diversos módulos en los que pueden participar los niños/as o adolescentes y familias, de acuerdo a sus necesidades particulares. Esto posibilita distintas alternativas para que cada participante vaya construyendo su propio camino terapéutico, ajustado a sus características singulares y necesidades, existiendo múltiples caminos para el logro de los objetivos, otorgando flexibilidad al modelo.

Con lo anteriormente dicho, el Programa busca interrumpir la situación de desprotección, prevenir nuevas victimizaciones y reparar las experiencias de violencia, trauma y desprotección, promoviendo el desarrollo de

[1] Además de los enfoques transversales de la oferta del Servicio, Resolución Exenta N°605, del 5 de junio de 2023, disponible en https://www.servicioproteccion.gob.cl/601/articles-1574_recurso_pdf.pdf

habilidades y el fortalecimiento de vínculos protectores con adultos significativos, dentro o fuera de la familia, con el énfasis puesto en el crecimiento y la superación.

Para la elaboración de esta Base Técnica se revisaron estudios nacionales e internacionales sobre acompañamiento terapéutico en contextos de desprotección intermedia, así como literatura y evidencia en protección, trauma y violencia. Se incorporaron los aportes del Proyecto Desafíos Públicos de la Universidad de Chile, liderado por la Dra. Claudia Capella, y los informes de la consultora Metáfora. Asimismo, se integraron los insumos recogidos en jornadas realizadas en enero de 2025 con profesionales y directivos de Colaboradores Acreditados de las modalidades Programa de protección especializado en maltrato y abuso sexual grave (PRM) y Programa especializado en intervención con adolescentes con conductas abusivas de carácter sexual (PAS), cuyo compromiso y experiencia fueron fundamentales para construir un modelo pertinente a las necesidades de niños, niñas, adolescentes y sus familias. Por otra parte, contribuyeron a este diseño los equipos de las Direcciones Regionales de Ñuble y Araucanía, quienes realizaron valiosos aportes con pertinencia territorial.

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, la presente Base Técnica está dirigida especialmente a los equipos de Colaboradores Acreditados quienes ejecutarán el Modelo Terapéutico Integrado de Intervención Reparatoria – Prevención Focalizada, a los equipos de las Direcciones Regionales y de la Dirección Nacional del Servicio, como también a la sociedad civil y organismos que velan por el bienestar de niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección.

II.DEFINICIÓN DEL MODELO TERAPÉUTICO INTEGRADO

El diseño de la nueva oferta de programas 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 el contexto de sus entornos familiares y territoriales. La nueva 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 de los niños, niñas, adolescentes y sus familias 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 de Intervención Reparatoria busca abordar el nivel de desprotección intermedia, efectuando una implementación conjunta con el Programa de Prevención Focalizada.

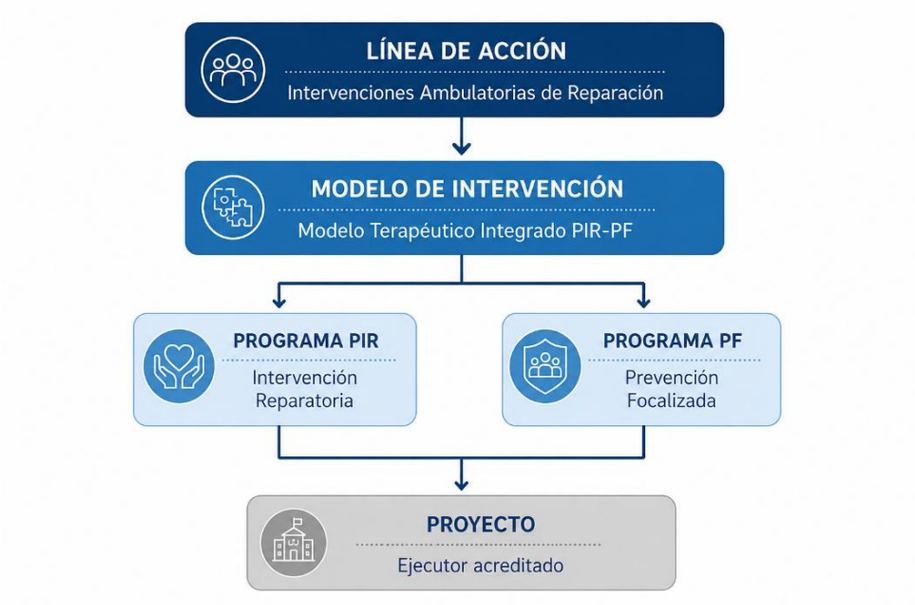
En cuanto al **Programa de Intervención Reparatoria**, el artículo 8° del Decreto Supremo N°7, de 30 de junio del 2022, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, - Subsecretaría de la Niñez- que aprueba el reglamento de la ley N° 20.032, que regula los programas de Protección Especializada que se 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 baja trayectoria en la red de protección del Servicio, presentando ingresos previos a dispositivos de la red, cuyos miembros de su familia estén o no disponibles para trabajar el proceso terapéutico, debiendo en este último caso incorporar referentes afectivos significativos para él o ella"*. A partir de ello, la presente base técnica ha precisado la definición del modelo basado en la **desprotección intermedia**, la que se entiende como ***aquella situación en que un niño, niña o adolescente reingresa a la red de protección especializada y/o ante la recurrencia de violencia en sus contextos de cuidado; este/a dispone de familia o adultos que, si bien presentan características de vulnerabilidad que dificultan la respuesta habitual a sus necesidades físicas y/o afectivas, tienen disponibilidad y/o actitud ambivalente hacia el acompañamiento del programa. Asimismo, existen factores contextuales del intersector y el entorno comunitario que se constituyen en redes de apoyo para la familia, pero estos son limitados.***

Por su parte, el **Programa Prevención Focalizada** tiene como objetivo promover el desarrollo de habilidades, factores protectores y resiliencia con los niños, niñas, adolescentes, sus familias y su entorno.

De este modo, ambos programas conforman un **Modelo Terapéutico Integrado**, considerando a los/as mismos/as participantes y cuyas acciones persiguen un objetivo general común, el cual es contribuir a la reparación de las experiencias de violencia y/o trauma con el/la niño, niña o adolescente en sus multidominios.

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

Esquema N° 1

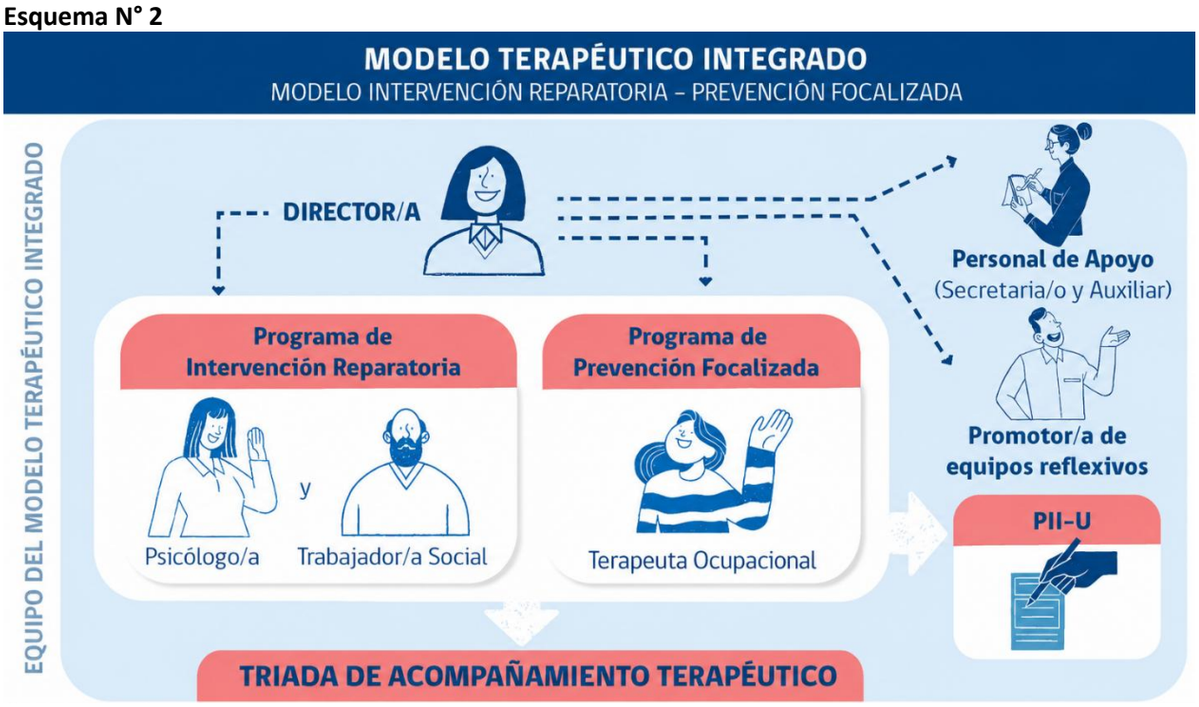


Fuente: Elaboración equipo Diseño.

El Modelo Terapéutico Integrado de Intervención se operacionaliza en un espacio físico común que es liderado por un/a Director/a, quien debe asegurar la integralidad y complementariedad del quehacer de ambos programas. Respecto de quienes ejecutan el acompañamiento de manera directa, estos son denominados "**Tríada de Acompañamiento Terapéutico**" (también llamada en adelante "la Tríada"), conformada por un/a **Psicólogo/a y un/a Trabajador/a social** de este Programa, más un/a **Terapeuta Ocupacional** del Programa Prevención Focalizada. Los 3 profesionales actúan como un todo integrado y se complementan de manera articulada para ejecutar el proceso. Este se ejecuta conforme a los objetivos establecidos en el Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U).

A continuación, se presenta de manera gráfica el Equipo del Modelo Terapéutico Integrado y la Tríada de Acompañamiento Terapéutico dentro de un todo articulado:

Esquema N° 2



Fuente: Elaboración equipo Diseño.

Al respecto, es crucial comprender que los integrantes de la Tríada de Acompañamiento Terapéutico que trabajan con cada niño/a o adolescente y su familia desarrollan distintos roles y acciones, lo cual no implica de ninguna manera jerarquías, sino que, por el contrario, las relaciones se basan en la coordinación y colaboración que cada uno/a realiza para alcanzar los objetivos establecidos en el PII-U, siendo responsabilidad del Director/a crear un clima laboral y ejercer un liderazgo que permita asegurarlo**, con el apoyo de del/de la promotor/a de equipos reflexivos**.

III.CONCEPTUALIZACIÓN

La presente conceptualización tiene como objetivo fundamentar teóricamente el Programa, integrando los principales aportes de la literatura especializada, las teorías y la evidencia empírica actualizada. Fue elaborada a partir de un análisis riguroso de la literatura existente, con el fin de proporcionar una base sólida y coherente que

oriente de principio a fin el desarrollo del Programa. Se espera que este marco teórico no sólo delimite los conceptos clave, sino que también establezca las relaciones teóricas esenciales para la comprensión de la situación atendida por el Programa de Intervención Reparatoria.

3.1 Violencia y Trauma

El Comité de Derechos del Niño, órgano dependiente de la Organización de Naciones Unidas, elaboró la Observación General N° 132, referida al "Derecho del Niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia". Dicha observación busca reforzar lo planteado por el artículo 19 de la Convención[3], mediante el fortalecimiento de medidas integrales que deben adoptar los Estados parte para eliminar las prácticas violentas y garantizar la supervivencia, dignidad, bienestar, salud y desarrollo de los/as niños/as y adolescentes (ONU, 2011).

Es posible reconocer diversas tipologías de violencia (Arruabarrena y Gutiérrez, 2021), dentro de las cuales destacan los malos tratos físicos, emocionales, abuso sexual, negligencia, abandono, exposición a violencia de género en la pareja o explotación de cualquier tipo que ejerce un individuo respecto de un/a niño/a y que lo/a afecta física, psicológica y/o sexualmente, de manera real o potencial y que produce o puede producir un perjuicio en su dignidad, salud o desarrollo integral (UNICEF, 2017; OMS, 2022). El modo de abordarlas debiese considerar un enfoque de interseccionalidad, el cual se define como la interacción o superposición de las distintas vulnerabilidades que se presentan junto con la violencia (Lanctôt & Turcotte, 2018; Wihstutz, 2022) y permite comprender cómo las circunstancias que rodean a la familia interactúan con múltiples dimensiones de la identidad: edad, género (orientación sexual e identidad de género), etnia, migración, discapacidad, entre otros (Bywaters, 2020).

Los eventos de violencia experimentados por niños, niñas o adolescentes pueden constituirse en trauma (Van der Kolk, 2015; Capella y Gutiérrez, 2014; SAMSHA, 2014), entendido como una respuesta subjetiva frente a un evento disruptivo ante el cual no se tienen recursos suficientes para afrontarlo (Capella y Gutiérrez, 2014), que daña o amenaza con dañar su bienestar físico o emocional (Van der Kolk, 2015; UNICEF, 2021). Es decir, el trauma ocurre ante situaciones psicológicamente angustiantes que exceden el rango normal de la niñez e involucra una sensación de intenso miedo, terror e impotencia (Vliegen et al., 2023; Maté, 2020) y podría significar un impacto profundo y duradero en quien lo ha vivido (Felitti, 2002).

Por su parte, el trauma complejo alude a experiencias adversas ocurridas tempranamente en la vida, en el contexto de relaciones inseguras y poco confiables con las figuras primarias de apego (Vliegen et al., 2023). Por ello, tienen una naturaleza interpersonal, subjetiva (SAMSHA, 2014) y se caracterizan por asociarse a eventos traumáticos múltiples, permanentes y prolongados (Van der Kolk, 2020; Maté, 2020).

En la última década surge el concepto de Trauma del Desarrollo, a modo de marco comprensivo que resulta útil para comprender a niños y adolescentes que han vivido experiencias de traumatización y, especialmente, las consecuencias del trauma desde un foco evolutivo. Ford (2021) sintetiza estos avances mostrando que el Trastorno Traumático del Desarrollo fue propuesto para capturar formas de desregulación biopsicosocial asociadas al trauma interpersonal temprano que no quedan recogidas en los criterios del Trastorno de Estrés

[2] Se sugiere revisar la Observación General N°13, pues es una referencia central para la ejecución de este Programa. Disponible en: https://www.defensorianinez.cl/bilioteca/observacion-general-n-13-derecho-del-nino-a-no-ser-objeto-de-ninguna-forma-de-violencia/
[3] Convención de las Naciones Unidas Sobre los Derechos del Niño (CDN, 1989)

Postraumático (DSM-V), especialmente cuando existen fallas en el apego y experiencias prolongadas de victimización, no siendo una categoría diagnóstica en sí misma. Este se caracteriza por la exposición, directa o como testigo, a prolongadas experiencias adversas durante el desarrollo, lo cual genera desregulación afectiva, fisiológica, atencional, conductual y relacional, todo lo cual afecta el funcionamiento en los sistemas de pertenencia socioafectiva: familia, escuela, grupo de pares, sistema legal, salud y vocacional/profesional (Van der Kolk, 2015).

En términos de las consecuencias, el trauma complejo provoca una cronificación del daño y la sintomatología en quien lo sufre (Martínez y López, 2016). A mayor número de experiencias traumáticas, mayores son las consecuencias acumuladas, a lo que Hamby et al. (2024) denomina "dosis de trauma". A mayores "dosis de trauma" aumenta significativamente la carga alostática[4] de los/as niños/as o adolescentes, los biomarcadores como la inflamación y la reactividad del cortisol que son secuelas comunes del trauma (Hamby et al., 2024).

Algunos de los efectos de los diferentes tipos de trauma son similares y se acumulan en el cuerpo físico y emocional de los niños, niñas y adolescentes (Hamby, 2025; Martínez y López, 2016; SAMSHA, 2014), aun cuando existen algunas características diferenciales; además, se caracterizan por ser multidimensionales, disminuyendo la capacidad de niños, niñas y adolescentes para lidiar con las tensiones propias de la cotidianidad, así como para confiar y beneficiarse de las relaciones con otras personas, gestionar procesos cognitivos (como la memoria, la atención y el pensamiento), regular el comportamiento o para controlar la expresión de emociones (SAMHSA, 2014; Van der Kolk, 2015).

Asimismo, se ha documentado disfunción en sistemas neuroendocrinos, inmunológicos y metabólicos (Hamby, 2025), junto con disrupciones en diversas áreas del desarrollo (Universidad de Chile, 2025). Estas incluyen dificultades cognitivas y del lenguaje asociadas a problemas de aprendizaje y bajo rendimiento escolar (Finkelhor, 2011). En la primera infancia, además, se observa afectación de la seguridad del apego y un mayor riesgo de problemas de salud física (ONU, 2011), configurando condiciones que pueden derivar en estrés tóxico (Vitriol, 2020).

Junto con esto, se ha visto que las experiencias de trauma en los niños/as o adolescentes también tienen efectos sobre la familia y el entorno en el cual estos/as se desarrollan (Gabriel-Vacher y Capella, 2024a), siendo los familiares y especialmente sus adultos cuidadores considerados víctimas indirectas, por las consecuencias negativas observadas en su salud mental (Cavanaugh et al., 2015).

Se ha descrito en los cuidadores la presencia de sintomatología similar a la presentada por los/as niños/as y adolescentes, como ansiedad, depresión, estrés parental, estrés postraumático y, en el caso de aquellos/as que sufrieron algún tipo de abuso o maltrato en la infancia, el recuerdo y re-experimentación de dichas vivencias (Davies y Bennett, 2022; Fong et al., 2020, en Universidad de Chile 2025). Por ello, se ha sugerido prestar atención prioritaria también a la familia de niños, niñas y adolescentes que presentan trauma, destacando lo importante de transitar desde la visión de un adulto encargado exclusivamente de su protección a un adulto cuidador que también necesita apoyo (Gabriel-Vacher y Capella, 2024a).

[4] Según Hamby (2024) la carga alostática en niños, niñas y adolescentes refiere a la acumulación de estrés crónico y eventos vitales que pueden afectar el desarrollo del cerebro y el cuerpo.

Un estudio de Van Ijzendoorn et al. (2020) plantea que la transmisión intergeneracional de vivencias traumáticas constituye uno de los principales factores de riesgo para sufrir estas experiencias. En este sentido, diversas investigaciones muestran el efecto intergeneracional de las experiencias traumáticas en los adultos cuidadores, dando cuenta de un efecto negativo en las habilidades parentales, en los comportamientos de cuidado y crianza, y también en la salud mental de los/as hijos/as (Lotto et al., 2021; Lotto et al., 2023; Su et al., 2022, en Universidad de Chile, 2025).

La ausencia de elaboración y superación de las experiencias traumáticas en la infancia impacta en que los cuidadores disminuyan la mentalización de sí mismos y de quienes cuidan (San Cristóbal et al., 2017), observándose una relación significativa entre su propia historia de trauma y comportamientos agresivos hacia sus hijos/as (Rodríguez et al., 2021) y mayor severidad en los estilos disciplinarios (Fulu et al., 2017).

Por otra parte, existe evidencia que vincula la historia traumática no elaborada de los cuidadores con un mayor riesgo de que se generen condiciones propicias para nuevas vulneraciones en la siguiente generación. Estudios clínicos y longitudinales muestran que cuando los cuidadores presentan dificultades para mentalizar su propia historia traumática, se incrementa la probabilidad de respuestas parentales desreguladas, menor sensibilidad y fallas en la protección (Ensink et al., 2014). Borelli et al. (2019), por su parte, evidencia que la combinación entre historia de abuso sexual infantil en la madre y baja función reflexiva de su trauma se asocia con mayores dificultades socioemocionales en los niños/as y con prácticas parentales menos protectoras. Por lo anterior, considerar esta línea de investigación permite fortalecer la comprensión de los procesos intergeneracionales y orientar intervenciones preventivas más precisas como medios relevantes para detener la **transmisión intergeneracional del trauma** (Rodríguez et al., 2021; Van Ijzendoorn et al., 2020).

Algunos factores protectores mencionados en la literatura que apuntan a evitar esta transmisión son: bajos niveles de estrés parental, altos niveles de autoeficacia, haber asistido a terapia familiar o individual, buena comunicación con los hijos, mayor función reflexiva referida al trauma en los adultos (Undurraga y Santelices, 2021; Capella et al., 2021).

El acompañamiento que se brinde respecto de estas temáticas debe considerar un enfoque informado por el trauma[5], entendido como aquel que **comprende las respuestas al impacto traumático y de qué manera este puede afectar a individuos**, personas u organizaciones (SAMSHA, 2014; Vitriol, 2020), haciendo énfasis en la seguridad física y emocional de los afectados y la reconstrucción de su sentido de control y empoderamiento (Vitriol, 2020). La transparencia es uno de sus pilares centrales (SAMHSA, 2014), y plantea que las prácticas profesionales deben evitar generar experiencias de control, incertidumbre o vigilancia encubierta, especialmente en familias que han enfrentado adversidad temprana. Esta favorece la seguridad emocional, reduce la reactivación traumática y fortalece la confianza en los servicios, coherente con un enfoque que promueve empoderamiento y colaboración en todos los niveles.

La evidencia actual está mostrando cómo niños, niñas, adolescentes y sus familias pueden superar incluso dosis significativas de trauma (Hamby et al., 2024). Quienes han vivido trauma no solo pueden ser vistos como víctimas pasivas, sino también como agentes activos en su proceso de afrontamiento y resiliencia, lo que lleva a replantear las estrategias de intervención, enfocándonos no solo en las adversidades, sino también en las fortalezas y capacidades que les permiten superar estos desafíos (Hamby, 2025).

[5] Este enfoque será descrito en el apartado 6.2 “Marco técnico transversal del Modelo”.

Aproximaciones terapéuticas que faciliten la integración de la experiencia traumática han demostrado eficacia (UNICEF, 2021), junto con aquellas que favorecen la creación de significados, recursos interpersonales y que incluyen variables propias de los entornos donde conviven las familias (Hamby, 2025). Además de ello, recientes publicaciones anglosajonas señalan que para el trauma complejo las intervenciones que realizan un trabajo corporal son altamente efectivas (Sapien, 2024), ya que, a través del juego y la exploración creativa, las experiencias somáticas, dentro de una relación terapéutica, mejoran aspectos como la capacidad de autorregulación, sensación de seguridad (Finn et al., 2017; Porges, 2020, en Sapien, 2024) y empoderamiento, permitiéndole así construir nuevos patrones y reconectar con su conciencia corporal y la información que ésta le brinda (Ogden, 2022).

3.2. La Reparación como proceso integral y multidominios

Dado que el Servicio tiene por objeto garantizar la protección de los niños, niñas y adolescentes que han sido 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 (Ley N°21.302), es que a continuación se presenta un desarrollo conceptual en torno a la reparación en el contexto del Servicio de Protección Especializada y, en particular, de este Programa.

En el marco del contexto nacional, diversos autores han planteado la necesidad de ampliar el concepto de reparación a uno que integre los distintos procesos que este 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 (o 'víctimas' desde el campo de la victimología) 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 modelos 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 han vivido 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 permiten superar estos desafíos a partir de las variables de resiliencia (Hamby et al., 2025).

Se propone entonces un concepto de reparación como un proceso que contempla distintos dominios que provienen desde distintos campos teóricos y marcos legales e institucionales (de ahí el término ´**multidominios**´). Esta comprensión amplia del concepto de reparación en multidominios recurre a la idea de recuperar el significado etimológico de la palabra reparar, a saber, 'disponer de 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 intentan 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 mismas, sus relaciones y experiencias pasadas de maneras nuevas y más positivas, ofreciendo además nuevas oportunidades para la autorregulación (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 multidominios** 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 sistema familiar, insertos en su territorio local, 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 complejo que está orientado, por un lado, a **reducir el impacto biopsicosocial de la violencia**, conscientes de reconocer y visibilizar los efectos de esta en las distintas áreas del desarrollo de los niños, niñas y adolescentes (Servicio de Protección 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 (Capella y Gutiérrez, 2014; Universidad de Chile, 2025).

Se proponen **4 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):

Un 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 la persona y dependerá de 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, procesos necesarios que permiten a los niños, niñas y 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 los adultos/as responsables de los niños, niñas y adolescentes que han vivido situaciones de trauma y desprotección (Capella et al., 2016).

El segundo dominio corresponde al **vincular y relacional**, el que comprende que los vínculos afectivos constituyen un eje central de los procesos reparatorios, y considera tanto a los niños/as y adultos a cargo del cuidado 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 los niños, niñas y adolescentes. 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, a la vez, este dominio favorece la seguridad emocional, la resiliencia y la confianza del niño, niña o adolescente en sí mismo/a y en el mundo.

Un tercer dominio se trata del **proteccional y legal**, cuyo paradigma de base es el de la protección integral, el cual 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).

El último y cuarto dominio propuesto es el **social**, el cual es muy importante ya que reconoce a la reparación desde un marco de derechos humanos. Desde este marco, la reparación apunta a la serie de recursos que el Estado y la sociedad en su conjunto deben disponer a los niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados a fin de reparar el daño producido, lo que incluye la restitución de sus derechos, la superación y garantías de no repetición. 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 dar sentido de la experiencia abusiva, destacando el rol de los otros/as en este proceso (Martínez, 2014; Capella y Gutiérrez, 2014).

Por su parte, la recuperación se entenderá como el restablecimiento de las variables afectadas en cada una de las 4 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/as o adolescentes requieren vivenciar la restauración no sólo de los efectos, sino que también de la experiencia misma de haber sido desprotegidos.

Sumado a ello, es central el rol de los adultos/as cuidadores/as en los procesos de abordaje de las experiencias de trauma 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 individuales. Además, se destaca la importancia de incorporar a los actores de la comunidad y las instituciones sociales como parte fundamental y activa del proceso (Brown et al., 2022).

De esta forma, quienes han tenido experiencias de victimización -además de afrontar las consecuencias negativas de esa experiencia- viven un proceso dinámico de superación de la experiencia que incluye, por una parte, la recuperación y, por otra, el crecimiento, al resignificar la experiencia abusiva con énfasis en los propios recursos (Capella y Gutiérrez, 2014; Draucker et al., 2011, en Universidad de Chile, 2025).

Lo anterior también se ha denominado recientemente como 'crecimiento postraumático' (Contreras, Pereda, Navarrete y Pinto, 2025), siendo una dimensión relevante de incorporar en los procesos terapéuticos, al ampliar la mirada centrada exclusivamente en el daño, **a fin de incorporar los recursos y fortalezas con los que cuentan los sobrevivientes** (Contreras, Pereda, Navarrete y Pinto, 2025). Este concepto releva la idea de que más allá de adaptarse positivamente a la adversidad, enfatiza el potencial transformador de las experiencias traumáticas, reconociendo que el cambio no se produce por el trauma en sí, sino más bien que es el resultado de un proceso de afrontamiento y aceptación del trauma (Tedeschi y Calhoun, 2004; Shakespeare, Martinek, Tedeschi y Calhoun, 2013). Se ha descrito que las personas que han sobrevivido al trauma encuentran significado en la incomprensibilidad de lo traumático, dando sentido a su experiencia (Engelkemeyer y Marwit, 2008, en Tedeschi et al., 2013).

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 que se vinculan con los niños, niñas y adolescentes, y de la sociedad en su conjunto (Universidad de Chile, 2025), en un marco de protección integral que garantiza sus derechos.

IV.PARTICIPANTES DEL PROGRAMA

El Programa de **Intervención Reparatoria** está dirigido a niños, niñas y adolescentes **de 0 a 17** años que presentan una situación de desprotección en un nivel intermedio, y sus familias, sean biológicas, de acogida o adoptivas, o a quienes tengan su cuidado, declarado o no judicialmente.

Se entenderá por desprotección intermedia aquella situación en que un niño, niña o adolescente reingresa a la Red de Protección Especializada y/o ante la recurrencia de violencia en sus contextos de cuidado; este/a dispone de familia o adultos/as que, si bien presentan características de vulnerabilidad que dificultan la respuesta habitual a sus necesidades físicas y/o afectivas, tienen disponibilidad y/o actitud ambivalente hacia el acompañamiento del Programa. Asimismo, existen factores contextuales del intersector y el entorno comunitario que se constituyen en redes de apoyo para la familia, pero estos son limitados.

Cabe señalar que los niños, niñas o adolescentes que se encuentran en situación de desprotección intermedia y sus familias, también son participantes de este Programa.

Cabe señalar que se actuará bajo el principio de 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.

El ingreso al Programa Intervención Reparatoria exige, simultáneamente, el ingreso al Programa complementario de Prevención Focalizada, conformando el Modelo Terapéutico Integrado.

V.RUTAS DE INGRESO

De acuerdo con las Leyes N°21.302, N°21.430 y N°19.968[6], las rutas 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 o por las Oficinas Locales de la Niñez respectivamente, previo **Informe de Diagnóstico elaborado por el Programa Diagnóstico Clínico Especializado**[7], que contempla la valoración y el nivel de la situación de desprotección presente en el niño, niña o adolescente, la sugerencia de oferta idónea para su abordaje, así como el Plan de Intervención Individual.

VI.ÁMBITOS DE ACCIÓN

6.1 OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Objetivo General:

Contribuir a la reparación de las experiencias de desprotección intermedia con el/la niño, niña o adolescente y su familia en los multidominios definidos en la base técnica.

Objetivos Específicos:

- Generar las condiciones para un contexto familiar seguro y protector para el niño, niña o adolescente, en un espacio terapéutico que posibilite la vinculación sensible y colaborativa.
- Favorecer la elaboración de las experiencias de violencia y/o trauma en los niños, niñas y adolescentes, contribuyendo a la recuperación y el crecimiento postraumático.

6.2 MARCO TÉCNICO TRANSVERSAL DEL MODELO

A continuación, se presenta el marco técnico transversal que orienta la implementación del Modelo Terapéutico Integrado, conformado por el Programa de Intervención Reparatoria y su programa complementario, el Programa

[6] Artículo 68 y siguientes de la ley N°19.968 que crea los Tribunales de Familia.

[7] En el caso excepcional que la derivación no provenga con el Informe y PII elaborado por el Programa DCE, este Programa (PIR) 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".

de Prevención Focalizada. Este marco establece principios y enfoques de actuación que deben guiar el accionar de los equipos durante la ejecución.

Su función es acercar los fundamentos teóricos del modelo (plasmados en la conceptualización) a orientaciones para la práctica, proporcionando una mirada común respecto de cómo abordar los procesos con los niños, niñas o adolescentes, sus familias y al interior del propio equipo. De este modo, este apartado constituye un marco transversal que orienta la ejecución de las acciones y la toma de decisiones en el marco del Modelo Terapéutico Integrado.

Esquema N° 3: Elementos que componen el Marco Técnico Transversal del Modelo.



Fuente: Elaboración equipo Diseño.

A) Acompañamiento Terapéutico:

En adelante, a fin de referirse al concepto '*intervención*' o 'proceso de intervención', se utilizará el concepto de '*acompañamiento'* o '*proceso de acompañamiento',* por las razones que se señalarán en este apartado. El término acompañamiento terapéutico alude a dos ideas centrales. Por un lado, se trata de un **espacio vincular y relacional** en el cual todo tipo de vínculo con el niño/a o adolescente y su familia tiene el potencial de ser terapéutico, es decir, está orientado hacia el bienestar de sus participantes. En este existe una cultura en la que predomina el aprendizaje que se da a través de lo vincular, mediante una serie de relaciones profundamente personales y humanas, que tiene como pilares fundamentales la relación y la práctica informada por el trauma.

En este espacio terapéutico, el equipo del Modelo propicia prácticas de colaboración mutua que, tal como lo señala Regalado (2022), permiten generar cambios en las propias experiencias y entorno de quienes participan, mejorando su bienestar psicosocial.

El acompañamiento terapéutico -en el marco de este Programa ambulatorio- va más allá del espacio (físico, vincular, relacional) que se puede dar en una relación terapéutica tradicional (entiéndase sólo en el 'box' de

atención como un espacio exclusivo y preconcebido), sino que **se puede ampliar el *setting*** de trabajo, por un lado, a la **cotidianidad**, espacio que podría ser adecuado y propicio para que los/as profesionales actúen y tengan impacto al constituir la escena en la que los/as niños/as o adolescentes y sus familias participan y construyen cada día. Esto implica que el equipo del Modelo puede favorecer el desarrollo de actividades en espacios distintos a la sola ´sala de atención' y las dependencias del Programa para generar el encuentro con lo cotidiano (por ejemplo, en su domicilio o instancias del espacio comunitario). Por otro lado, se amplía a **la relación** (como foco) que se establece entre el niño, niña o adolescente, su familia y el equipo, la cual sostiene todo el proceso de acompañamiento. En este intercambio relacional se producen modos de subjetivación que resultan indispensables para que los participantes del Programa presenten los cambios que se esperan (Universidad de Chile, 2025).

Por otro lado, la noción de 'acompañamiento' representa un avance de lo que se ha entendido clásicamente por 'intervención', y tiene que ver con la **postura de los miembros del equipo** basados en el **enfoque relacional** que convoca de modo especial a la experiencia intersubjetiva. El marco de relación en este modelo 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).

Pasar 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 da 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. Desde allí, aproximarnos al 'acompañamiento' nos previene de sostener visiones correctivas, normalizantes y paternalistas (Cortés Severino, 2013, en Pérez y Osornio, 2021).

El acompañamiento terapéutico en el marco de este Modelo permite que los/as profesionales abandonen las posiciones de poder y de expertos en la resolución de los problemas de los demás (Cardona y Campos, 2018), por lo que la construcción conjunta de la relación moviliza al profesional desde un lugar de saber a uno de curiosidad. Misma curiosidad que se plantea desde el modelo AMBIT como la 'curiosidad genuina' como una característica de la actitud terapéutica mentalizadora (Dangerfield y Carrasco, 2024). Otras dimensiones centrales de la **postura mentalizadora** son la postura lúdica y flexible que facilita la exploración conjunta de la experiencia interna del niño/a, 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 conductuales lineales, adaptación al desarrollo y sensibilidad a las capacidades evolutivas del niño/a (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 profesional de acompañamiento terapéutico en la práctica diaria.

Por tanto, el acompañamiento terapéutico involucra tanto la noción de los aspectos relacionales que sostienen el proceso reparatorio (en sus multidominios), como también a lo terapéutico como un modo de ser y llevar a cabo las acciones del Programa y el modelo en su conjunto.

B) Enfoque informado por el Trauma

A la base del modelo está el enfoque informado por el trauma, paradigma que promueve que todo el equipo del Modelo Terapéutico Integrado 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 de 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 adversas vividas por los niños/as o adolescentes desde temprana edad, asumiendo que el suceso traumático puede 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 cada niño y niña, brindando entornos enriquecedores, seguros, predecibles y sensibles al trauma para que puedan crecer y desarrollarse de manera plena, pudiendo superar las adversidades y desplegar nuevas habilidades para la vida (Whittaker et al., 2017).

El enfoque informado por el trauma se sustenta en **6 principios** (SAMHSA): Seguridad, confianza y transparencia, colaboración y mutualidad, apoyo entre pares, empoderamiento y toma de decisiones y cultura, historia y género[8]. Todos ellos rigen la práctica informada por el trauma y están a la base de todo el proceso de acompañamiento.

Lo anterior debe traducirse en un accionar sensible durante todo el proceso de acompañamiento, tanto a los niños, niñas y adolescentes, sus familias, el alcance a las redes con las que se trabaja y el actuar del propio equipo a nivel interno (entre sus integrantes) y externo (entre el equipo y los niños/as o adolescentes y sus familias).

C) Mirada Rizomática

Es posible utilizar la figura del “Rizoma” para graficar un nuevo modo de pensar y visualizar los dispositivos de ayuda que brindan programas sociales, a veces en contraposición al pensamiento lineal tradicional. En este caso, la elección responde a la necesidad y pertinencia de que el modelo que se describe en este documento visualice múltiples caminos para el logro de los objetivos, en función de que la realidad y características particulares de cada niño/a o adolescente, y su familia, son únicas y dinámicas. Introducir esta perspectiva al Modelo Terapéutico Integrado invita a pensar los procesos de acompañamiento considerando dichas diversidades, singularidades, y la consecuente flexibilidad requerida ante patrones no determinados.

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 postestructuralismo (constructivismo radical), y se define a partir de la idea de construir y reconstruir 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).

[8] Para mayor información sobre el enfoque informado sobre el trauma y sus principios rectores, se sugiere ver https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4884.pdf

Por tanto, una mirada rizomática aporta la flexibilidad necesaria a los procesos de acompañamiento, favorece la participación de los niños/as o adolescentes y sus familias, 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 supone que tanto los/las profesionales como los/las niños/as o adolescentes y sus familias participantes del programa recorran un camino nuevo y único, sin una ruta predefinida, dado que ésta se cocrea colaborativamente, pues durante su encuentro, todos/as ellos/as no son sujetos pasivos, sino creadores de contenido (Cruz y Rendón, 2023). A lo largo de los procesos de acompañamiento desde una mirada rizomática **no existe un único punto de partida para todas las familias**, puesto que las formas de pensar se crean y se pueden ir modificando, en la medida en que las realidades son cambiantes y, por tanto, no son inamovibles. Es así que el recorrido por los módulos planteados en este documento responde a los objetivos que se van estableciendo en conjunto.

Cabe señalar que esta perspectiva es transversal a todo el Modelo Terapéutico Integrado y opera en cada una de sus etapas, aunque adquiere su expresión más visible en la etapa de ejecución modular, donde se despliegan distintos módulos de trabajo que serán activados conforme a los apoyos requeridos en cada grupo familiar. Dichos módulos pueden ser implementados en forma simultánea y sin un orden preestablecido. En las demás etapas, lo rizomático se expresa en la singularidad de cada proceso de vinculación, en la co-construcción del PII-U y en la apertura permanente a revisar y ajustar el acompañamiento y sostenibilidad de los cambios, según el devenir de cada familia, recorriendo así una ruta irrepetible.

Será importante también que, más allá de los/as participantes y el equipo del Modelo Terapéutico Integrado, los distintos niveles del Servicio adopten esta mirada rizomática en los procesos de acompañamiento terapéutico, asistencia técnica, supervisión técnica y fiscalización a los proyectos que conforman este modelo y, en particular, hacia los procesos de los niños/as, adolescentes y sus familias.

D) Promoción de equipos reflexivos

Considerado como otro elemento fundamental y transversal del modelo, los espacios de reflexión en el contexto de los procesos de acompañamiento terapéutico con niños, niñas y adolescentes y sus familias, son indispensables y bien valorados por los equipos cuando se implementan de manera constante y cuando invitan a pensar más allá de un espacio que apunte a la eficiencia de los procesos. Es preciso señalar que el espacio aquí referido apunta a aquellos procesos al interior del equipo que se orientan a:

- 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).

(Metáfora, 2024)

En el marco de este Modelo (Programa de Intervención Reparatoria y Programa de Prevención Focalizada), la

promoción de espacios reflexivos es concebida como un proceso de acompañamiento y guía para los profesionales que llevan adelante el trabajo terapéutico, viniendo a formalizar 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/as, las familias, el equipo y las instituciones (la red local). Se busca intencionar procesos que invitan al equipo 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 metavisión 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, como referencias conceptuales coherentes con el Modelo Terapéutico Integrado (Intervención Reparatoria – 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 de los/as profesionales la capacidad de reflexionar (Universidad de Chile, 2025).

La **supervisión reflexiva** en el marco de este Modelo Terapéutico Integrado 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 las 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 repensar los procesos que ocurren a nivel interno en los acompañantes terapéuticos, a propósito de la ejecución, 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 a los profesionales del equipo terapéutico integrado, guiándolos a identificar procesos mentales que dificultan el desarrollo de estrategias vinculares y de red de soporte, con el fin de redefinir estas estrategias[9].

Por su parte, el **Modelo de Acompañamiento Reflexivo** (ARE) del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (2024), 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 propuestos por Harlene

[9] Para mayor información sobre el Modelo AMBIT se sugiere ver el Manual (acceso gratuito y liberado) https://manuals.annafreud.org/ambit/

Anderson (Anderson, 2012), los equipos reflexivos de Tom Andersen (Andersen, 1994) y las prácticas narrativas de White y Epson (1993)[10], 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 pertinente 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 terapéutico que se ofrece a los niños, niñas, adolescentes y sus familias.

Para hacerse cargo del mencionado proceso reflexivo, junto con la figura del/la Directora/a[11], el Modelo Terapéutico Integrado cuenta con un/a **Promotor/a de Equipos Reflexivos**, quien acompaña y guía técnicamente al Equipo Terapéutico Integrado desde un acompañamiento que promueva una **práctica reflexiva**[12], 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 6.4 Estrategia a nivel de equipo del modelo para la ejecución de las etapas. Cabe señalar que el rol del/la 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 a 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, junto a los enfoques de participación, intercultural, de inclusión, género, curso de vida, territorial y de redes[13], además de la "Política para el Abordaje de la Diversidad Sexual y de Género en niños, niñas y adolescentes" 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

El Modelo Terapéutico Integrado de Intervención Reparatoria – Prevención Focalizada se constituye de 3 componentes:

1. Seguridad.
2. Recuperación.

[10] A las cuales se alude en la estrategia a nivel de equipo del modelo para la ejecución de las etapas.
[11] Quien coordina y guía el correcto funcionamiento del Modelo Terapéutico Integrado.
[12] 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.
[13] Para mayor información consultar documento de Enfoques Transversales, disponible en: https://www.servicioproteccion.gob.cl/portal/Repositorio/Resoluciones/1574:Resolucion-Exenta-N-605

3. Fortalecimiento de potencialidades y fomento de la resiliencia en el sistema familiar[14].

Cada uno de estos componentes se alinea con los objetivos específicos de cada Programa que conforma el Modelo Terapéutico Integrado y brinda prestaciones tanto a los/as niños/as o adolescentes como a sus familias, realizando acciones con las redes comunitarias y del intersector involucradas en los procesos de acompañamiento.

Por otra parte, cabe señalar que la estructura, contenidos y actividades que se brindan a través de los componentes tienen siempre a la base los elementos del **Marco del Modelo Terapéutico Integrado**, a saber: Acompañamiento terapéutico, enfoque informado por el trauma, mirada rizomática, promoción de equipos reflexivos, más los enfoques transversales del Servicio.

Tanto los componentes como los ámbitos de acción que se abordan dentro de estos se trabajan en simultáneo, a fin de evitar el estancamiento en un solo ámbito y favorecer la continuidad de los procesos.

A modo general, los 3 componentes tienen un foco importante en interrumpir la violencia que gatilló un nuevo ingreso a la red de protección especializada, prevenir su recurrencia y evitar avanzar en la trayectoria de desprotección al punto que se ponga en riesgo la permanencia de el/la niño/a en el grupo familiar; en este sentido, pone énfasis en evitar la separación familiar, el abordaje de los efectos de la separación si esta ocurre, y al mismo tiempo, trabaja sobre aquellos factores protectores y de riesgo que permitan disminuir el nivel de desprotección que presentan niños, niñas y adolescentes y sus familias participantes del Programa, promoviendo de esta forma su bienestar, seguridad y desarrollo de todas sus potencialidades.

Para efectos de esta base técnica, se describen a continuación los componentes: **1. Seguridad** y **2. Recuperación**, los cuales se complementan con el Componente **3. Fortalecimiento**, este último del Programa Prevención Focalizada, en la lógica de modelo terapéutico integrado (el cual se describe en la Base Técnica de dicho Programa).

6.3.1 COMPONENTE 1: SEGURIDAD

Objetivo

Generar las condiciones para un contexto familiar seguro y protector para el niño, niña o adolescente, en un espacio terapéutico que posibilite la vinculación sensible y colaborativa.

Aspectos Centrales

Este componente es ejecutado por los/as profesionales responsables, quienes están a cargo de brindar atención al niño/a o adolescente y su familia, y es complementario al quehacer del componente del Programa Prevención Focalizada. En conjunto conforman la Tríada de Acompañamiento Terapéutico del modelo que aborda la desprotección intermedia.

El componente Seguridad se orienta a sentar las bases para la generación de condiciones que posibiliten un contexto familiar seguro y protector para el/la niño, niña o adolescente, y favorece la seguridad emocional en el

[14] Descrito en Base Técnica del Programa Prevención Focalizada.

presente, la resiliencia y la confianza. Para ello, el equipo construye una relación colaborativa con el grupo familiar en su conjunto, propiciando un clima de acogida y un espacio vincular estable, predecible, validante, empático, receptivo y acogedor.

Para el logro de un contexto seguro, las prestaciones están dirigidas a niños/as o adolescentes, adultos/as a cargo del cuidado (familia) y entorno comunitario e intersectorial.

Específicamente, con los/las niños, niñas y adolescentes el ámbito de la seguridad se orienta a fortalecer la seguridad en su agenciamiento, a la psicoeducación en situaciones de violencia y trauma que le permitan una comprensión inicial de su vivencia y efectos, y a la generación de herramientas de afrontamiento. Así también, recoge, bajo una mirada evolutivamente sensible y utilizando metodologías de acuerdo con su edad, sus vivencias subjetivas respecto de sí mismo, la relación con sus cuidadores/as principales, su entorno y circunstancias, respetando su propio ritmo y respondiendo asertivamente a sus inquietudes. De esta manera, se busca (re) establecer la confianza relacional en sus vínculos con figuras significativas, incluido/a el/la profesional responsable. Este/a último, procura asegurar una adecuada comunicación y sintonía con las necesidades del/la niño, niña o adolescente, actuando como un co-regulador y participando en una relación que ofrece predictibilidad y continuidad.

Con los/las adultos/as a cargo del cuidado, al igual que con los niños/as o adolescentes, este ámbito aborda la psicoeducación, genera estrategias de afrontamiento para el procesamiento de las experiencias traumáticas de los niños/as o adolescentes, y brinda apoyo en el manejo del impacto emocional de la violencia.

Junto con ello, el componente se orienta hacia el trabajo junto a cuidadores/as en **su rol de co-reguladores y en el fortalecimiento de respuestas sensibles hacia los niños, niñas y adolescentes**. Ello como condición necesaria para la generación de un espacio vincular seguro y comprensivo de la experiencia traumática que los afectó, alejándose de respuestas evitativas o marcadas por la hiperactivación emocional, lo cual dificulta el adecuado procesamiento de éste.

Asimismo, contribuye a que la dinámica familiar proporcione un ambiente seguro y protector, libre de violencia. Esto mediante la construcción de una relación centrada en la escucha activa y promoción del empoderamiento y la participación, en pro de disminuir las conductas ambivalentes de los/as cuidadores/as hacia el acompañamiento profesional e interrumpir prácticas maltratantes en el cuidado cotidiano de sus hijos/as.

Para ello, el componente considera el valorar las trayectorias de confianza-desconfianza epistémica de los/as adultos/as a cargo del cuidado (Fonagy et al., 2015; Midgley et al., 2021), lo cual influye directamente en su apertura hacia el acompañamiento y en la posibilidad de establecer una alianza constructiva. Identificar tempranamente estos patrones (de desconfianza) permite a los/as profesionales adaptarse a cada estilo ofreciendo un soporte ad-hoc, a fin de favorecer un tránsito progresivo hacia una mayor confianza en un espacio protegido y participación activa en el proceso terapéutico.

De esta forma, el componente contribuye a la regulación emocional, favoreciendo la mentalización en sí mismos y de quienes cuidan, previniendo estilos de crianza basadas en el maltrato y promoviendo conductas sensibles y protectoras.

Por otra parte, el componente apunta a favorecer la (re) construcción o ampliación de la red de apoyo comunitario e intersectorial del grupo familiar, a fin de que cuenten con los soportes necesarios y un contexto o entorno

seguro, cohesionado, disponible y contenedor, que también asuma el rol de informante y sostén. Al respecto, resulta necesario que el Programa construya una relación fluida y permanente con referentes de la Dirección Regional encargados de generar los apoyos requeridos para el correcto funcionamiento de éste, tales como el analista de salud o profesionales de las unidades Intersectoriales regionales.

Los servicios prestados se implementan mediante sesiones de trabajo a realizarse tanto en las dependencias del proyecto como en el domicilio familiar, u otro lugar a convenir entre los/as que participan del Programa, que formen parte de la vida cotidiana del niño/a o adolescente. Las metodologías utilizadas se fundamentan en lo expuesto en el apartado Marco para el Acompañamiento y responden a cada caso en particular, siendo las más utilizadas sesiones de trabajo con niños, niñas y adolescentes, vinculares, con padres/cuidadores y acciones con el entorno. Dado su carácter rizomático, el acompañamiento se ajusta a las características de cada grupo familiar, por lo que las estrategias, metodologías y actividades son siempre únicas (se describen en el apartado etapas del proceso).

Finalmente, la frecuencia de entrega de las prestaciones de este componente es semanal, y se realiza de manera **permanente**, bajo la comprensión de que los procesos son dinámicos y flexibles.

6.3.2 COMPONENTE 2: RECUPERACIÓN

Objetivos

- Favorecer la elaboración de las experiencias de violencia y/o trauma en los niños, niñas y adolescentes, contribuyendo a la recuperación y el crecimiento postraumático.

Aspectos Centrales

Al igual que el componente anterior, el segundo también es ejecutado por los/as mismos/as profesionales responsables, quienes están a cargo de brindar atención al niño/a o adolescente y su familia, y es complementario al quehacer del componente del Programa Prevención Focalizada, que conforma el Modelo Terapéutico Integrado que aborda la desprotección intermedia.

El componente de **Recuperación** centra su atención en el abordaje de las variables ligadas a la desprotección intermedia, fortaleciendo factores protectores y minimizando factores de riesgo de recurrencia de violencia, orientándose al logro de bienestar del grupo familiar en su conjunto donde conviven niños, niñas y adolescentes. Además de ello, explora las trayectorias de experiencias adversas y de violencia, y sus respectivos efectos.

Las prestaciones están dirigidas a los actores de los distintos niveles ecológicos: niños/as o adolescentes, adultos/as a cargo del cuidado (familia), y entorno comunitario e intersectorial.

En particular, con los/as niños, niñas y adolescentes, se inicia un proceso hacia la (re)elaboración de una narrativa biográfica dirigida a la creación de narrativas adaptativas y fortalecedoras. Esto a fin de facilitar el proceso de reconocimiento y reprocesamiento de memorias traumáticas e integración de eventuales memorias fragmentadas, ofreciendo un apoyo profesional especializado para el logro de la resignificación y superación de experiencias de violencia y/o trauma. El acompañamiento profesional se orienta a la construcción de una visión positiva de sí mismo/a y de su futuro, procurando que las experiencias de violencia no se constituyan en el centro de su existencia. Se desarrolla un proceso que genere narrativas de resiliencia y crecimiento, creando nuevos

significados que generen mayor coherencia y bienestar, herramientas de afrontamiento y percepción de control respecto de su cuerpo y comportamiento. Los mencionados contenidos se abordan en detalle en los módulos, en la etapa de ejecución.

Con los adultos/as cuidadores, el componente trabaja sobre aspectos ligados a la crianza, **buscando disminuir el nivel de estrés parental y aumentar la percepción de autoeficacia en la tarea de cuidar** y acompañar sensiblemente en su desarrollo a niños, niñas y adolescentes. En complemento a ello, el foco de los/as profesionales se centra en continuar desarrollando capacidades de cuidado que permitan a las familias consolidar la superación de experiencias maltratantes que gatillaron la desprotección intermedia y adquirir nuevas perspectivas de relación entre sus integrantes, ello, mediante el desarrollo de la capacidad reflexiva.

De este modo, se continúa con el proceso de deconstrucción de los fundamentos que podrían estar a la base de comportamientos agresivos hacia quienes cuidan y su consecuente desprotección. De esta forma, la recuperación implica fortalecer la comunicación y funcionamiento familiar, fortaleciendo la relación entre padres/cuidadores y niño/as o adolescentes, generando estrategias de regulación emocional y promoviendo respuestas más sensibles y empáticas, lo cual se realiza en conjunto con el Programa de Prevención Focalizada. Además, el componente considera el refuerzo de herramientas para manejar la propia sintomatología asociada a la situación de violencia en sus hijos, intencionando la construcción de una narrativa personal sustentable que les permita integrar su rol como cuidadores dentro de un marco de resiliencia.

El acompañamiento profesional en este mismo ámbito también **aborda y busca detener la transmisión intergeneracional de vivencias traumáticas**, a través de la revisión de su propia historia de cuidado en la niñez y cómo esta impacta su rol protector actual, ya que ésta constituye uno de los principales factores de riesgo para que los/as NNA sean afectados nuevamente por recurrencia de violencia. Por tanto, el trabajo terapéutico tiene el foco en abordar esta relación significativa que existe entre la propia historia de trauma con comportamientos agresivos hacia sus hijos/as, y mayor severidad en los estilos disciplinarios, así como contribuir a elaborar/contener la forma en que reaccionan o les ha impactado la violencia hacia sus hijos (casos en que niños han sido víctimas de agresión sexual o testigos de violencia en la pareja, entre otros).

Junto con ello, se trabajan terapéuticamente efectos relacionales en cuidadores con experiencias traumáticas no elaboradas, tales como respuestas disociativas, *withdrawal* (retirada emocional), comunicación atemorizada/atemorizante, rechazo o maltrato.

Por su parte, con la comunidad y el intersector se busca la creación de entornos protectores en los cuales se desenvuelve el grupo familiar y un tejido social presente, activo, accesible y coordinado que incremente su capacidad de mentalización colectiva, que reconozca el impacto de la violencia y evite interacciones retraumatizantes, ayudando así al proceso de recuperación y disminución del nivel de desprotección.

Los servicios prestados se implementan mediante sesiones de trabajo a realizarse tanto en las dependencias del proyecto como en el domicilio familiar, u otro lugar a convenir entre los/as que participan de este componente que formen parte de la vida cotidiana del niño/a o adolescente[15]. Las metodologías utilizadas se fundamentan en lo expuesto en el apartado Marco para el Acompañamiento, y responden a cada caso en particular, siendo las más utilizadas sesiones de trabajo con niños, niñas y adolescentes, vinculares, con padres/cuidadores y acciones con

[15] Se espera que las sesiones se desarrollen en modalidad presencial, sin embargo, en el evento de que éstas deban ser remotas, ello debe estar justificado técnicamente, como por ejemplo debido a la inaccesibilidad o difícil acceso al domicilio de la familia.

el entorno. Dado su carácter rizomático, el acompañamiento se ajusta a las características de cada grupo familiar, por lo que las estrategias, combinación de módulos de trabajo utilizados, metodologías y actividades son siempre únicas (se describen en el apartado etapas del proceso).

Finalmente, la frecuencia de entrega de las prestaciones de este componente es semanal y se realiza de manera **permanente**.

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

Para el adecuado desarrollo de las etapas se debe considerar la implementación de una estrategia transversal que apunta a facilitar procesos reflexivos en el equipo del Modelo Terapéutico Integrado, al reconocer el impacto emocional de los integrantes del equipo producto del quehacer laboral cotidiano.

La estrategia es liderada e implementada por el/la Director/a del proyecto y un/a "Promotor/a de Equipos Reflexivos", profesional que mediante una sesión semanal de trabajo se reúne con los integrantes del equipo del Modelo Terapéutico Integrado (todas las personas que trabajan en el proyecto), con el fin de que cada individuo 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 de dos horas aproximadas de duración cada semana (tiempo sugerido), 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[16].
- 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).

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

- 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 utilización de dichos marcos, el/la promotor/a reflexivo tiene una tarea inicial fundamental que realizar: inaugurar un espacio cuya atmósfera emocional-relacional inspire la confianza básica entre los miembros del grupo (confianza epistémica), con el/ella mismo/a incluido/a, y que todas las voces sean válidas, respetadas y escuchadas. Además, en el entendido que el diálogo, conocimiento y lenguaje están emparentados y son intrínsecamente transformadores, se debe procurar que los procesos reflexivos que se intencionen permeen a todo el quehacer del equipo, y no queden circunscritos solamente al espacio semanal, para lo cual es fundamental el rol de el/la directora/a.

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.

Finalmente, 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[17]: 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. Se estructura en 4 pasos:

PASOS	DESCRIPCIÓN
1. Marcar la tarea.	La persona que se ofrece de moderador/a dice: "Vamos a marcar la tarea", preguntando con claridad qué es lo que la persona que necesita apoyo del equipo desea obtener del "pensar juntos". Es importante que el/la moderador/a sea estricto/a con los tiempos y en el objetivo de marcar la tarea, aun cuando el miembro que necesita el apoyo del equipo pueda no saber de inmediato qué es lo que requiere, para lo cual con este ejercicio se le invita a mentalizarse a sí mismo. Marcar la tarea, para el equipo, se inicia a partir de la pregunta ¿Qué necesita la persona de esta conversación o que le ayudemos a mirar?, lo cual pone en marcha su capacidad de mentalización (de sí mismo) y de ser consciente de su propio estado mental).

[17] Para mayor información sobre esta técnica, se sugiere ver el Manual (acceso gratuito y liberado) https://manuals.annafreud.org/ambit/

2. Exponer el caso[18].	La persona que se ofrece para ser apoyado le explica al moderador/a y al equipo la información justa para permitirles ser apoyado con la tarea. El trabajo del moderador/a es ayudarle a extraer lo esencial, pudiendo resumir la información para asegurarse de que todos hayan comprendido, siendo estricto con los tiempos. Se debe tener claro que exponer el caso no es solucionar el problema, dado que eso sería más bien quedarse en un nivel pre-mentalizador.
3.Mentalizar el momento.	En este momento, la persona que se ofrece para ser apoyado por el equipo permanece en silencio, mientras los demás tratan de mentalizar su experiencia: ¿Cómo se siente?, ¿Cómo es para él/ella estar en esa situación?, "Si yo fuera tú, podría imaginarme sintiendo o pensando…". Luego de ello, tanto la persona que pide el apoyo, como los que apoyan, intentan mentalizar a los otros implicados en la situación que relató la persona que pide el apoyo del equipo (niño/a, padres, profesionales), a fin de que el equipo pueda considerar la perspectiva tanto de la persona que solicitó el apoyo, como de los participantes del programa involucrados, ayudando de esta forma a ampliar la perspectiva de la situación desde una postura mentalizadora. El resguardo aquí es que el equipo pueda mentalizar según la tarea marcada en el paso 1, más no centrarse en el caso mismo de los participantes del programa, pues no es el objetivo.
4. Volver al propósito	En este último punto, el/la moderador/a le pide a la persona que solicitó el apoyo que vuelva al propósito original de la conversación, señalando algo como: "Cuéntame algo sobre qué estás pensando ahora en relación con nuestra tarea", ¿adónde te ha llevado esta conversación?, ¿cuáles son los siguientes pasos?, ¿necesitas alguna idea más? El objetivo es que estos pasos hayan contribuido a que el miembro del equipo que pidió ser apoyado, se haya sentido comprendido y mentalizado por éste, así como también que la reflexión conjunta haya ampliado la perspectiva inicial de la situación y la mentalización de los distintos actores.

Fuente: Dangerfield y Carrasco, 2024

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

APERTURA Disposición al encuentro y regulación emocional.	El inicio de cada sesión busca generar un clima de seguridad y presencia compartida. A través de ejercicios breves de respiración, centrado o conexión grupal, se invita al equipo a dejar atrás las urgencias del trabajo cotidiano y a disponerse para pensar juntos. Este primer momento refuerza la idea de que el bienestar emocional es condición para el pensamiento y la acción profesional consciente.
DESARROLLO Conversación reflexiva	El equipo comparte experiencias recientes, dilemas éticos o situaciones que hayan generado resonancia emocional. A partir de allí, se inicia un proceso dialógico en el que cada voz aporta perspectiva y sentido, aproximándose a la experiencia con apertura y respeto, reconociendo que la comprensión surge en el intercambio, no desde la autoridad. El grupo escucha, observa y formula preguntas que amplían las perspectivas y favorecen nuevas comprensiones. La multiplicidad de voces enriquece el sentido del encuentro, desplazando la mirada individual hacia una comprensión colectiva de la experiencia.
CIERRE Integración y cuidado colectivo	Las sesiones culminan con una síntesis compartida de los aprendizajes, ideas o recursos que emergieron del diálogo. Se subraya la importancia de conservar aquello que contribuye al bienestar y a la claridad en la práctica, y de dejar ir lo que genera tensión o sobrecarga. El cierre se concibe como una pequeña reconstrucción del relato del equipo: un espacio para reconocer lo vivido, resignificarlo y transformarlo en aprendizaje.

Finalmente, de manera complementaria, se mantienen bitácoras o registros breves elaborados por el/la 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

[18] El hecho de que el paso se denomine "exponer el caso" no implica que necesariamente la conversación gire en torno a un "caso", sino más bien a una situación -relacionada con el trabajo- que un miembro del equipo estime exponer y requiera colaboración.

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

El proceso total de acompañamiento terapéutico en el marco de este Programa y Modelo Terapéutico integrado consta de **5 etapas**:

1. Ingreso y Acogida,
2. Ajuste del PII al PII-U,
3. Ejecución Modular,
4. Sostenibilidad de los Cambios, y
5. Cierre y Egreso.

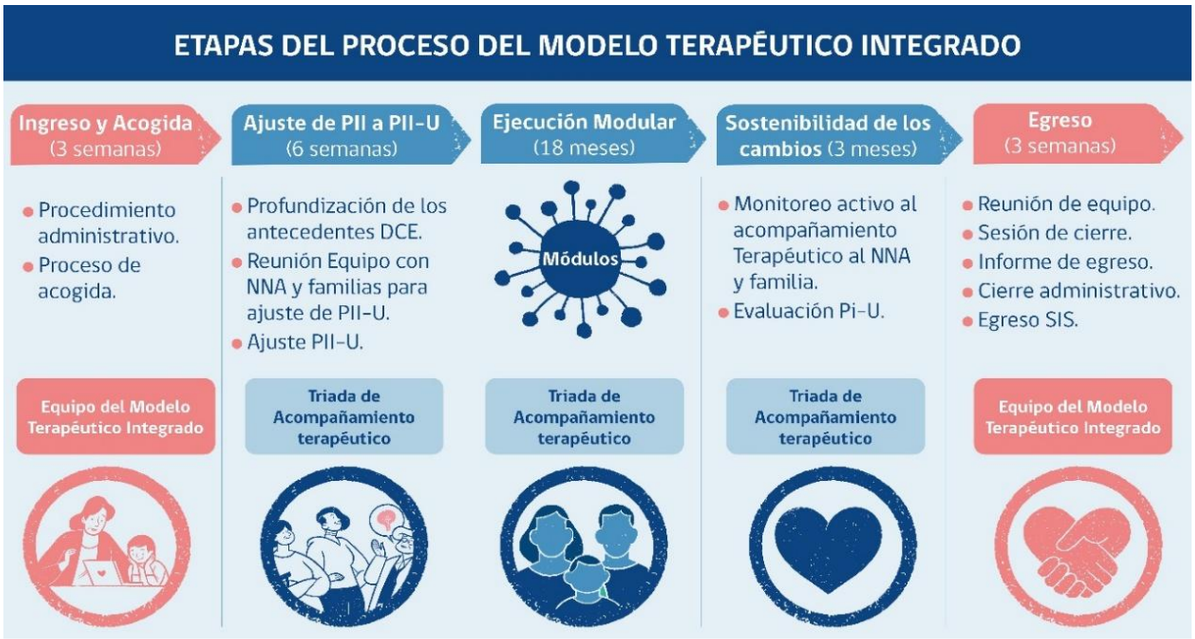
El total aproximado del proceso de acompañamiento **puede extenderse por un máximo 24 meses** para su ejecución, no prorrogable salvo resolución u oficio fundado, del Tribunal de Familia u Oficina Local de la Niñez, según corresponda, con envío de informe de avance obligatorio cada 3 meses remitido a dicho ente derivante.

Sin perjuicio del tiempo **máximo** señalado, se debe siempre propender a optimizar el tiempo de intervención, en favor de los niños/as y adolescentes. **Lo anterior no obsta a que el egreso pueda materializarse en un plazo inferior, cuando los objetivos del Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U) hayan sido alcanzados y se verifique una disminución de las necesidades de apoyo especializado.**

Las etapas constituyen un marco referencial operativo que organiza las acciones y aspectos administrativos y relacionales del proceso, pero no determinan la forma en que se desarrolla el acompañamiento terapéutico al interior de ellas, dada la mirada rizomática del Programa. Es en ese apartado —y particularmente en la etapa de ejecución modular— donde lo rizomático se despliega con plenitud: sin rutas predefinidas, co-construido con cada niño/a o adolescente y familia, y un proceso siempre irrepetible.

A continuación, se presenta un cuadro que sintetiza el proceso de acompañamiento terapéutico, cada etapa contempla tiempos que son referenciales, los cuales deberán ajustarse al proceso de cada niño/a o adolescente y su familia:

Esquema N° 4



Fuente: Elaboración equipo Diseño.

6.5.1 ETAPA 1: INGRESO Y ACOGIDA

Esta etapa se orienta hacia la implementación de acciones para recibir al niño, niña o adolescente y su familia en cada proyecto, y es llevada a cabo por **la totalidad del equipo del Modelo Terapéutico Integrado** (Programa de Intervención Reparatoria – Programa Prevención Focalizada).

De esta forma, todos/as los/as miembros del equipo deben estar preparados y disponibles para recibir y acoger a los/as participantes, contribuyendo a la construcción de los cimientos de un espacio relacional y vincular terapéutico desde un enfoque sensible al trauma, considerando y sintonizando con sus experiencias y necesidades únicas y particulares.

Con ello, se intenciona que los/las niños/as o adolescentes y los adultos a cargo de su cuidado se familiaricen con todos los integrantes del Modelo desde un comienzo, más allá de que se les asigne una Triada de Acompañamiento Terapéutico en particular como responsable del proceso, buscando generar un sentido de pertenencia al proyecto en sí mismo.

Así, esta etapa tiene un doble propósito: Por un lado, efectuar acciones administrativas de carácter institucional, y por otro, inaugurar una relación de ayuda y vinculación del niño/a, adolescente y su familia como participantes del Programa, lo cual se desarrolla durante toda su estadía en el proyecto (y no sólo al inicio).

Si bien esta etapa cumple funciones de orden administrativo y de vinculación inicial, el modo en que se desarrolla no está predeterminado: el ritmo, las estrategias de acogida y la forma en que se construye el primer vínculo con el niño/a o adolescente y su familia serán siempre singulares, respondiendo a la mirada rizomática del Programa.

La etapa tiene una **duración referencial de 3 semanas**, y considera el despliegue de 2 procesos, cuya forma concreta de desarrollo será siempre singular, co-construida con cada niño, niña o adolescente y su familia y no será idéntica a otra, a saber: **1. Proceso administrativo, y 2. Proceso de Acogida.**

1. *Proceso administrativo.*

A continuación, se presentan acciones que debe realizar el proyecto en su conjunto, orientadas a formalizar el ingreso y reunir toda la documentación necesaria para comenzar con el análisis de ésta y comenzar a construir una primera lectura del caso que oriente el acompañamiento que se brindará:

- Recepción de la derivación del niño, niña o adolescente mediante asignación de cupos de la Dirección Regional correspondiente, junto con los antecedentes disponibles, tales como el Informe Diagnóstico, el Plan de Intervención Individual elaborado por el Programa de Diagnóstico Clínico Especializado u otros que se consideren pertinentes.

- Ingreso del niño/a o adolescente en el Sistema Informático del Servicio, tanto al Programa de Intervención Reparatoria como para su complementario el Programa de Prevención Focalizada, en un plazo de 48 horas como máximo.

- Informar al ente derivante del ingreso efectivo del niño, niña o adolescente a los Programas del Modelo Terapéutico Integrado PIR-PF y de ser pertinente, solicitar antecedentes de los cuales dispongan.

- Crear una carpeta digital por niño, niña o adolescente y su familia con la documentación recibida y otros antecedentes recopilados de otras instituciones, (Servicio de Registro Civil e Identificación, Ministerio de Educación, Isapre o FONASA, organismos de salud o municipales, entre otras) las cuales deben contener toda la documentación técnica y administrativa del proceso del niño/a y su familia, desde el ingreso hasta el egreso del Proyecto.

- Solicitar la aplicación de un consentimiento informado al adulto responsable del niño, niña o adolescente, y el mecanismo de participación correspondiente al niño, niña o adolescente según su tramo etario (registro observacional, cuestionario estructurado o asentimiento informado explícito, según corresponda), a fin de resguardar dicho consentimiento y su participación en todas las etapas del proceso. El formato de consentimiento o asentimiento debe ser ajustado en función del tramo etario en que éste se encuentre (registro observacional para niños/niñas menores de 7 años; cuestionario estructurado para niños, niñas o adolescentes de 7-13 años; y asentimiento informado explícito para adolescentes de 14-17 años). Dicho formulario deberá ser incorporado a la carpeta digital ya creada.

Una vez ingresado el/la niño, niña o adolescente al sistema informático y creada su carpeta digital, el/la Directora/a designa los/as profesionales que serán responsables de cada caso, conformando de esta manera la "Tríada de Acompañamiento Terapéutico". Esta designación considera tanto las características de la situación en particular, como del equipo disponible, de modo que ya en este momento inicial la composición de la Tríada responde a la singularidad de cada situación.

Una vez constituida, y en un marco de colaboración no jerárquica, cada Tríada define un/a "referente de caso", a fin de promover la seguridad relacional en los niños/as y sus familias. Dicho referente, será responsable de ser la

´cara visible´ del Programa ante la familia, coordinando las sesiones y/o actuando de contacto o ´puente´ ante eventuales requerimientos y/o emergencias. **No obstante, la responsabilidad técnica y administrativa del caso radica en la Tríada completa**.

Posterior a ello, se establecen las coordinaciones para establecer contacto inicial con la familia.

2. *Proceso de Acogida.*

El primer contacto con el niño/a, adolescente y su familia es un momento único e irrepetible: sienta las bases de la vinculación y abre la posibilidad del proceso reparatorio. Por ello, tanto la llegada al proyecto como la primera entrevista deben ser preparadas con atención a las particularidades de cada situación en particular, considerando lo que ya se conoce a partir del Informe de Diagnóstico o antecedentes de derivación, anticipando las condiciones que puedan facilitar un encuentro genuino.

Las principales acciones a desarrollar por el equipo son preparar y coordinar la primera entrevista de acogida. Así, el equipo debe:

- Buscar alternativas de fecha y hora por parte de los profesionales responsables para proyectar el primer encuentro, considerando opciones que faciliten la asistencia presencial al Proyecto por parte de la familia.

- Establecer contacto telefónico o correo electrónico con el/la adulto responsable del niño, niña o adolescente con la finalidad de consensuar aspectos relativos a la realización de una primera entrevista a la que deberá asistir tanto él/ella como el niño/a, ya sea en las dependencias del proyecto, domicilio familiar, u otro espacio que ambos concuerden. La elección del espacio no es un detalle menor: responde a la singularidad de cada familia y es una primera expresión del carácter flexible y co-construido del acompañamiento, siempre que éste reúna las condiciones de seguridad, privacidad y comodidad requeridas.

- De no ser posible establecer el mencionado contacto, el/la auxiliar del proyecto deberá entregar una notificación (citación) formal en el domicilio, a fin de que la familia tome conocimiento de la solicitud de contacto y puedan afinarse coordinaciones para efectuar la entrevista.

Si pese a las tentativas de contacto para la coordinación de la primera entrevista, con al menos 3 intentos verificables de contacto y/o coordinación sin resultados favorables, se deberá informar al ente derivante, a fin de que determine las medidas administrativas o judiciales respectivas para garantizar el ingreso a la red especializada de protección al niño, niña o adolescente.

Una vez coordinada la primera entrevista de acogida, la Tríada define cuál de sus profesionales (uno o máximo dos) participará en ella, de acuerdo con criterios de disponibilidad al momento del ingreso del niño, niña o adolescente y su familia, así como otras variables que se estimen relevantes (por ejemplo, el estado emocional de la familia al momento del ingreso; las características particulares del niño, niña o adolescente y de los adultos a cargo; o bien particularidades propias del acompañamiento terapéutico que solicite la entidad derivante, si ello se explicita). Esta decisión no responde a un protocolo estándar o igual para todos, sino a una lectura atenta de las circunstancias singulares de cada caso, pues no existe una única forma de iniciar los procesos.

Sin perjuicio de lo anterior, se sugiere que dicha entrevista sea realizada por el/la referente de caso o por quien la Tríada determine.

Esta primera entrevista debe ocurrir dentro del **plazo de 1 semana** de logrado el contacto, en un espacio relacional cálido y fraterno, que propicie un clima de confianza y seguridad, que inspire una vinculación colaborativa con el proyecto y sus integrantes, y que se adapte a las características y necesidades del niño/a, adolescente y su familia. No hay un guion predefinido: el curso de la conversación se co-construye con la familia, siguiendo sus ritmos, sus preguntas y sus silencios.

Se espera que en esta instancia se aborden ciertos aspectos centrales:

- Brindar una cordial bienvenida, junto a una breve presentación de todos quienes participan de la entrevista, dentro de un clima amable y acogedor.

- Dar a conocer el Modelo Terapéutico Integrado, su propósito y constitución, señalando el marco general dentro del cual ocurrirá el acompañamiento terapéutico.

- Relevar el objetivo de esta entrevista inicial, cuyo énfasis es darles la bienvenida y acogida al Proyecto, además de conocer sus puntos de vista en torno al contexto que gatilló el ingreso a la red de protección especializada.

- Señalar que el proceso de acompañamiento recién comienza y que el siguiente paso es llevar adelante el proceso de ajuste del PII a PII-U, y el proceso de acompañamiento propiamente tal.

La forma en que se recorran estos aspectos será siempre singular: no se trata de verificar hitos, sino de construir un primer encuentro genuino con cada familia. El siguiente paso es llevar adelante el proceso de ajuste del PII a PII-U y el proceso de acompañamiento propiamente tal.

A lo largo de toda la entrevista, el/los profesionales responsables mantienen siempre una postura atenta a las subjetividades del niño/a, adolescente y su familia, fomentando su participación, evitando prejuicios, favoreciendo una vinculación colaborativa y motivando, en los casos que se requiera, su continuidad en el proceso que recién comienzan. Ello, identificando eventuales necesidades singulares para motivar dicha participación, y respondiendo a las preguntas e inquietudes que pudieran surgir en relación a aspectos generales y de funcionamiento del Programa.

Cuando un niño, niña o adolescente, durante esta entrevista o en otras venideras solicita su cambio de identidad de género al profesional responsable, se debe acoger este requerimiento y compartirlo con el resto del equipo, asegurando que los procesos internos del programa sean respetuosos con esta decisión y resguardando que sea la niña, niño o adolescente quien decida cuándo, a quiénes y la manera en que desea compartir su identidad de género, sin forzar o presionar a compartir su cambio de identidad de género, si así no lo desea o no se encuentra preparado o preparada para efectuarlo[19].

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

Del mismo modo, durante la entrevista se abordan los temores que pudieran expresarse en eventuales resistencias hacia el acompañamiento del Programa (por ejemplo, el temor de los cuidadores a perder el cuidado de los hijos), aplicando estrategias propias de la entrevista motivacional, a fin de intencionar una búsqueda conjunta de sentido relativas al ingreso al Programa y las actuaciones profesionales que allí se ofrecen.

Finalmente, en esta entrevista se debe señalar a la 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[20].

El tiempo restante para esta etapa tiene por objetivo afianzar el acercamiento y vinculación del niño/a, adolescente y su familia como participantes del Programa, momento en que el/la secretario/a tendrá un rol fundamental en constituir un trato cordial, amable, cálido y acogedor durante las siguientes asistencias al proyecto, junto a los demás miembros del equipo del Modelo Terapéutico Integrado. Cabe señalar, que esto se desarrolla durante toda la estadía del niño/a en el proyecto (y no sólo al inicio).

6.5.2 ETAPA 2: AJUSTE DEL PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL (PII) AL PII-U (UNIFICADO)

Esta etapa está a cargo de la Tríada de Acompañamiento Terapéutico al finalizar la anterior[21], siendo liderada por el/la profesional responsable que la Tríada defina. Para este Programa, la etapa considera el desarrollo de dos procesos[22], a saber: (1) Profundización de antecedentes del Informe de Diagnóstico Clínico Especializado (DCE) y, (2) Ajuste del Plan de Intervención Individual (PII) y elaboración del PII-U (PII Unificado), los cuales se extienden en una duración máxima de **6 semanas (1 mes y medio)**.

Cabe mencionar que, en casos excepcionales de niños, niñas y adolescentes que fueron derivados a este Programa sin pasar por el Programa Diagnóstico Clínico Especializado (DCE)[23] y, por tanto, no cuentan con el Informe y Plan de Intervención Individual emitido por éste, la Tríada 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".

Para todos los demás casos que provienen del Programa Diagnóstico Clínico Especializado, la **profundización de los antecedentes del Informe DCE** tiene por objetivo complementar la información referida a aspectos que no pudieron ser suficientemente evaluados por el Programa, principalmente lo relacionado con el componente

[20] 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.

[21] Conformado por Psicólogo/a, Trabajador/a Social y Terapeuta Ocupacional.

[22] En el caso del Programa de Prevención Focalizada, esta etapa también incluye otros dos procesos, a saber: Evaluación de los perfiles ocupacionales del sistema familiar e insumos para talleres y Georreferenciación e Identificación de las redes comunitarias e institucionales del territorio. Se recomienda la interacción con referentes en la dirección regional para facilitar estas gestiones, tales como el Analista de Salud y/o el Analista de Coordinación Intersectorial Regional.

[23] Tal situación puede ocurrir en el proceso de transformación de la oferta y traspaso de casos de niños, niñas y adolescentes.

subjetivo del trauma, a fin de conocer la manera particular de vivenciar las experiencias relacionadas al motivo de ingreso al programa del niño, niña o adolescente y su familia y plantear la formulación del caso, lo cual es indispensable para el proceso de acompañamiento que se desarrolle posteriormente, ya que es desde esta base que se interpretarán los focos particulares de lo traumático. Comienza tras la entrevista de acogida, y se realiza a partir del contenido del Informe del Programa Diagnóstico Clínico Especializado en base a las cuatro dimensiones que lo estructuran, agregando la información obtenida en la actual profundización.

Es importante mencionar que este proceso no se trata de una nueva evaluación, sino que de una actualización de antecedentes y/o un levantamiento de información complementaria que contribuya a alcanzar el objetivo antes señalado, **a fin de ajustar el Plan de Intervención Individual**. Dicho levantamiento de información se realiza en un **mínimo de 2 entrevistas,** tanto con la familia o adulto como con el niño, niña o adolescente (ampliándose según se requiera en cada caso), orientadas a conocer con más detalle aspectos de su subjetividad o algún aspecto específico de las dimensiones mencionadas, que aporten a la singularidad y pertinencia del acompañamiento terapéutico que se llevará a cabo en este Programa. Las entrevistas pueden ser realizadas tanto en el domicilio de la familia (en acuerdo de ésta) como en dependencias del proyecto, y deben ser preparadas con antelación (pauta de entrevista semi estructurada), a fin de no indagar en temas que están en el informe y/o que ya fueron evaluados, evitando la victimización secundaria (considerar los plazos establecidos para el desarrollo de la etapa). El/la profesional responsable debe explicitar que están en conocimiento de que ellos/as ya pasaron por un proceso de evaluación y que han revisado con detención el informe, por tanto, en esta oportunidad se profundizarán algunos temas relevantes para el acompañamiento que se brindará.

El foco y devenir de la conversación, por tanto, es liderado por el/la profesional responsable, sin perjuicio de que los/as niños, niñas, adolescentes y sus familias incorporen temáticas de interés y que resulten prioritarias de ser abordadas, por lo que el modo en que se desarrolla no está predeterminado: el ritmo, las estrategias y la forma en que se construye el ajuste del PII-U son siempre singulares, respondiendo a la mirada rizomática del Programa.

Los contenidos base para este proceso son:

- Aspectos subjetivos de las experiencias de violencia y/o traumáticas vivenciadas por el/la niño, niña o adolescente y por parte de la familia (o adulto que acompaña el proceso y otros miembros) que permitan contextualizar la experiencia traumática.
- Exploración de dinámicas traumatogénicas en el niño/a o adolescente y su trayectoria; efectos o consecuencias de éstas en niños, niñas, adolescentes y cuidadores. Identificación y comprensión de los alcances subjetivos de los eventos traumáticos vivenciados.
- Comorbilidades y otras dificultades, tales como síntomas de estrés postraumático, depresión, cuadros ansiosos, trastornos conductuales, entre otros.
- Identificación de recursos y fortalezas a nivel individual y familiar.
- Dinámica y funcionamiento familiar, relaciones interpersonales entre sus miembros, estilos de comunicación y crianza, capacidad de mentalización del grupo familiar (incluye la capacidad para desarrollar una parentalidad reflexiva), aspectos ligados al funcionamiento cotidiano, identificando fortalezas y áreas que requieren apoyo profesional especializado.
- Fortalezas y dificultades en el ejercicio de la parentalidad.
- Experiencias de violencia temprana de cuidadores principales, conociendo su propia historia de adversidades y aristas intergeneracionales de la violencia, sintomatología presente y como ésta afecta tanto a su capacidad de mentalización como a sus prácticas de cuidado y crianza actuales.

- Identificación de experiencias de cuidado significativas para los cuidadores, que actúan como factores de resiliencia y pueden constituirse en un recurso terapéutico.
- Recursos para la recuperación brindados por el entorno social y comunitario, a través de reportes de terceros (profesores, vecinos u otros) que permita tener una visión más completa de la situación del niño/a o adolescente y su familia.

Es relevante señalar que la profundización de antecedentes que se efectúa durante esta etapa tiene como telón de fondo el enfoque y la práctica informada por el trauma, psicoeducando y sensibilizando, en un espacio vincular seguro y protegido, respecto de las respuestas adaptativas frente a la vivencia de experiencias adversas que los miembros de la familia manifiestan en lo cotidiano. El informe DCE más los insumos levantados en esta etapa serán la base para la formulación del caso y ajuste del Plan de intervención que se desarrolla a continuación.

En relación al segundo proceso, el **Ajuste del Plan de Intervención Individual que elabora el Programa DCE** recoge e integra todos los antecedentes disponibles en la profundización, poniéndolos en juego en un espacio de conversación entre la Tríada de Acompañamiento Terapéutico y los/as participantes del Programa, a fin de **elaborar en conjunto el Plan de Intervención Individual Unificado PII-U**. Cabe consignar que éste se estructura en: ámbito de intervención, objetivos, estrategias y acciones, resultados esperados, plazo y frecuencia de las acciones, responsables.

Para ello, el/la secretario/a del proyecto realiza la convocatoria al niño, niña o adolescente, su familia u otro/a adulto/a de referencia para una reunión presencial en dependencias del proyecto, concordando con ellos fecha y hora, coordinándose con el referente de caso de la Tríada para que calendaricen y se organicen para la distribución de roles en esta instancia (quien estará con el/la niño, niña o adolescente, y quien estará con la familia, o si se define que estará la tríada con la familia en su conjunto), a fin de promover la seguridad y el resguardo de la relación terapéutica.

Al inicio de la reunión, los/as profesionales de la Tríada (o quien la represente), comparten sus hallazgos, impresiones y perspectivas respecto del levantamiento y profundización realizada, de manera clara y comprensible, siendo sensibles a la comprensión de ello **por parte de todos/as los/as integrantes de la familia, y de qué manera lo recepcionan y significan**. Tras ello, se incentiva la generación de una conversación con la familia en la cual se releve la voz de los participantes del Programa relativas a la retroalimentación de los/as profesionales, integrando las diferentes perspectivas y propuestas para el proceso de acompañamiento, además de sus expectativas de logro y compromisos personales y familiares.

Luego, se analizan y consensuan en conjunto los eventuales ajustes que se debiesen realizar al Plan de Intervención Individual elaborado por el Programa Diagnóstico Clínico Especializado, en función de la situación actual del niño/a o adolescente y su familia. A partir de esto, se procede a la elaboración del plan de Intervención Individual Unificado (PII-U), el cual se constituye en el instrumento técnico y ruta de inicio del acompañamiento terapéutico que brindará el Programa.

Finalmente, a más tardar a la 6° semana de iniciada la etapa, el/la Director/a del Modelo Terapéutico Integrado envía el PII-U en formato digital al ente derivante para su conocimiento, dando comienzo de la etapa de ejecución. En el caso que el ente derivante realice observaciones al documento, el proyecto debe subsanarlas y remitir a la autoridad respectiva su complementación.

Es así como el Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U) se constituye en una carta de navegación construida entre todos los actores incumbentes con la finalidad de trabajar orientado hacia los objetivos consensuados, y lograr disminuir la presencia de desprotección intermedia que gatilló el ingreso al Programa. Al respecto, es necesario señalar que, de actualizarse o establecer nuevos objetivos durante el acompañamiento, éstos deben mantener la cualidad de ser acotados, concretos, medibles y alcanzables a corto y/o mediano plazo. Del mismo modo, esta construcción debe ser registrada debidamente en el sistema informático del servicio, junto con todas las acciones que se desarrollen en esta y las siguientes etapas.

Cabe resaltar que la participación efectiva, la toma de decisiones e incorporación de la opinión del/la niño/a o adolescente y su familia no queda reducida solamente a la elaboración conjunta del PII-U, **sino que es transversal a la totalidad del proceso de acompañamiento terapéutico** que brindarán los/as profesionales. En efecto, para que la participación no sea percibida solamente como un acontecimiento acotado o como un mero cumplimiento en acciones aisladas, ésta debe ir incrementándose gradualmente, partiendo desde lo consultivo hasta la generación activa de propuestas e ideas, y donde la responsabilidad de la Tríada consiste en respetar, proteger y brindar las oportunidades para alentarla y garantizarla.

6.5.3 ETAPA 3: EJECUCIÓN MODULAR

La tercera etapa del Programa corresponde a lo que denominamos "Ejecución Modular", y representa un **cambio en la forma de comprender e implementar la etapa de ejecución** en los programas del Servicio. Ello, dado que se establece la base para generar distintos caminos posibles de acompañamiento terapéutico a los/las niños, niñas y adolescentes y sus familias, **en función de la mirada rizomática** que se le ha querido imprimir como uno de los sellos distintivos de este Programa. Por tanto, la forma de presentación no será en forma de flujo cronológicos o acciones necesariamente consecutivas, sino más bien, a través de **módulos que permitan otorgarles la flexibilidad**[24] necesaria a dichos procesos.

Visto de esta forma, los procesos de acompañamiento terapéutico que se desarrollan en este Programa deben ajustarse a las características singulares de cada caso, asumiendo una forma rizomática[25], ya que se co-construye junto a los y las participantes y, por tanto, asume un devenir, frecuencia y duración siempre única e irrepetible.

En esta etapa se establecen "**módulos**" de intervención, dirigidos al niño, niña o adolescente, al adulto responsable de su cuidado y/o la familia, y a las redes comunitarias e intersectoriales. Estos módulos podrán ser de formas distintas atendiendo las particularidades y necesidades de cada sistema familiar, aplicándose de manera flexible en cada eje de intervención.

Con el fin de velar por la coherencia del proceso terapéutico y evitar la sobrecarga de atenciones, se define un estándar mínimo de frecuencia por eje:

- Niño, niña o adolescente: al menos una atención semanal.
- Adulto a cargo del cuidado y/o familia: al menos una atención semanal.
- Redes comunitarias e intersector: al menos una intervención quincenal.

[24] La necesidad de otorgar flexibilidad a los procesos de acompañamiento fue un consenso ampliamente levantado en la jornada con Colaboradores Acreditados de levantamiento de insumos para este modelo.
[25] Ver Marco del Modelo Integrado de Intervención Reparatoria – Prevención Focalizada, letra D.

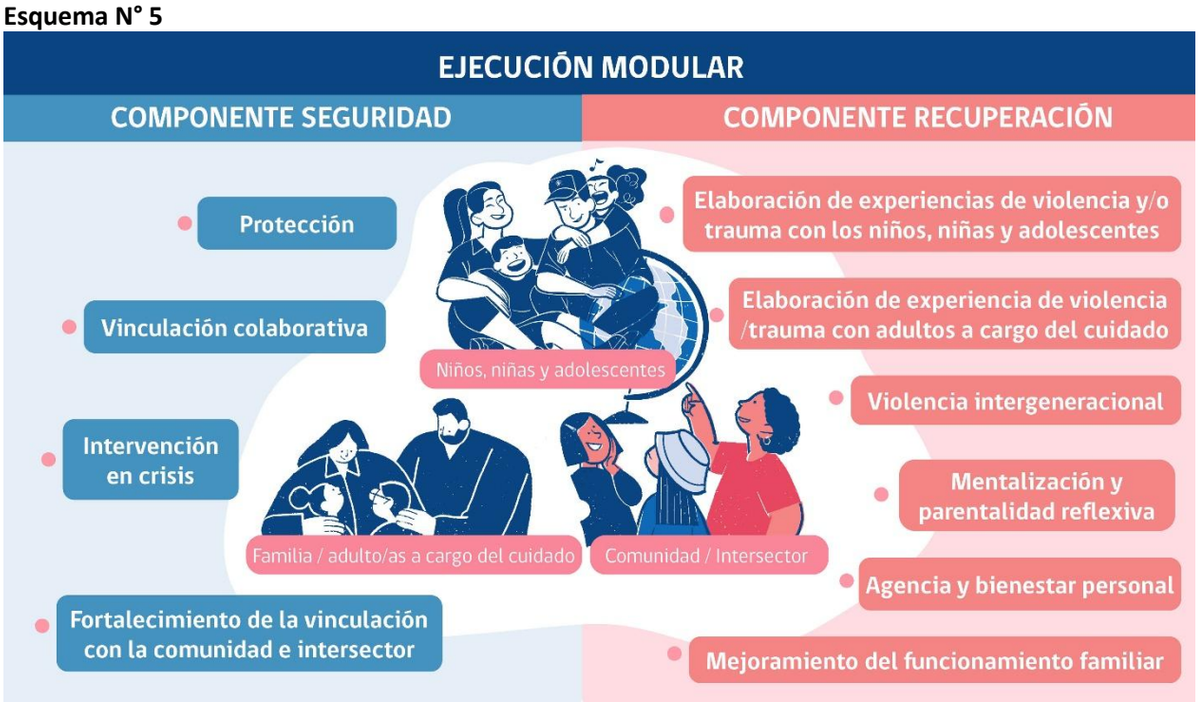
Es dable mencionar que cada módulo se asocia a los 2 componentes de este Programa: **Seguridad y Recuperación**, a fin de dar coherencia técnica a la fase de ejecución.

Por otra parte, la **responsabilidad de la etapa de ejecución modular de este Programa es de la Tríada de Acompañamiento Terapéutico**, con la particularidad de que la Tríada en su conjunto puede definir qué profesional ejecuta y lidera un determinado módulo (1 profesional) -dada su formación, experiencia y/o expertiz- para aportar de mejor manera según las características del caso, otorgando mayor flexibilidad y pertinencia territorial y local. Tanto el/la Director/a como los profesionales deben velar para que las cargas laborales al interior de la Tríada sean equilibradas.

El **tiempo de duración de esta etapa es de 18 meses**; no obstante, éste puede variar en cada caso, en función de: las características del niño/a o adolescente, la familia, y la situación de desprotección; la cantidad de módulos que se defina para su participación, el ritmo de cada familia, la respuesta del intersector y la comunidad local para la entrega de soportes en cada caso, entre otras variables. Sin embargo, se debe evitar extender innecesariamente los procesos de acompañamiento, previniendo el posible desgaste que esto podría provocar en las familias, actuando siempre desde una ética de optimizar los procesos, apuntando a la mayor efectividad en el menor tiempo posible.

Finalmente, la ejecución de los módulos aplicados en esta etapa deberá ser evaluados de manera permanente a través de la evaluación del PII-U, aspecto que será desarrollado al finalizar la presentación de los módulos. A continuación, se presenta un diagrama general de lo antes expuesto, para luego dar paso a la ejecución modular:

Esquema N° 5



Fuente: Elaboración equipo Diseño.

PRESENTACIÓN DE LOS MÓDULOS PARA LA ETAPA DE EJECUCIÓN

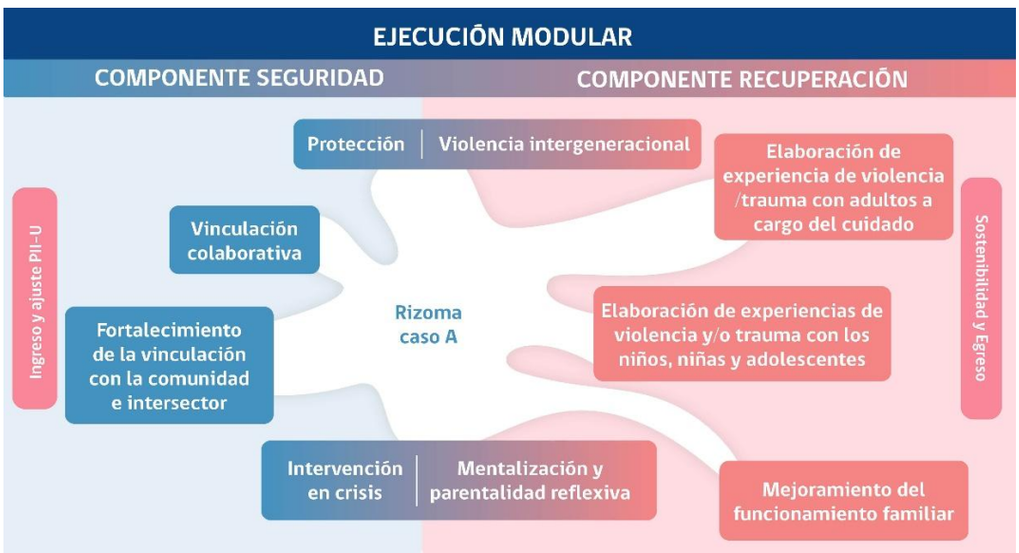
A continuación, se presentan los módulos para la etapa de ejecución modular, los cuales están organizados por componentes del Programa (seguridad y recuperación); no obstante, ello no implica necesariamente un orden de prelación para el abordaje de los contenidos, sino más bien eso deberá desprenderse de lo que se concuerde en la etapa anterior de ajuste del PII a PII-U.

Por otra parte, cabe recordar que el tiempo de duración de la etapa de ejecución modular es de 18 meses (lo que puede variar en cada caso); no obstante, los módulos no tienen una duración determinada puesto que deben ser adaptados de manera flexible a cada niño/a o adolescente y su familia o adulto a cargo del cuidado, siempre y cuando se organicen considerando la duración total de la etapa.

Cabe señalar, que hay módulos que se deben implementar con todos los niños, niñas y adolescentes y/o sus familias, y otros que no, lo cual se desprenderá de los criterios de inclusión señalados en cada módulo, en concordancia a lo co-construido en la etapa de ajuste de PII-U. La Tríada de Acompañamiento Terapéutico es la responsable de organizar la ejecución modular en cada caso, otorgando la flexibilidad necesaria tanto al caso, como al Modelo, lo cual requiere también de flexibilidad por parte de los/as profesionales internos y externos al proyecto de pensar los procesos de manera rizomática y novedosa respecto del anterior paradigma.

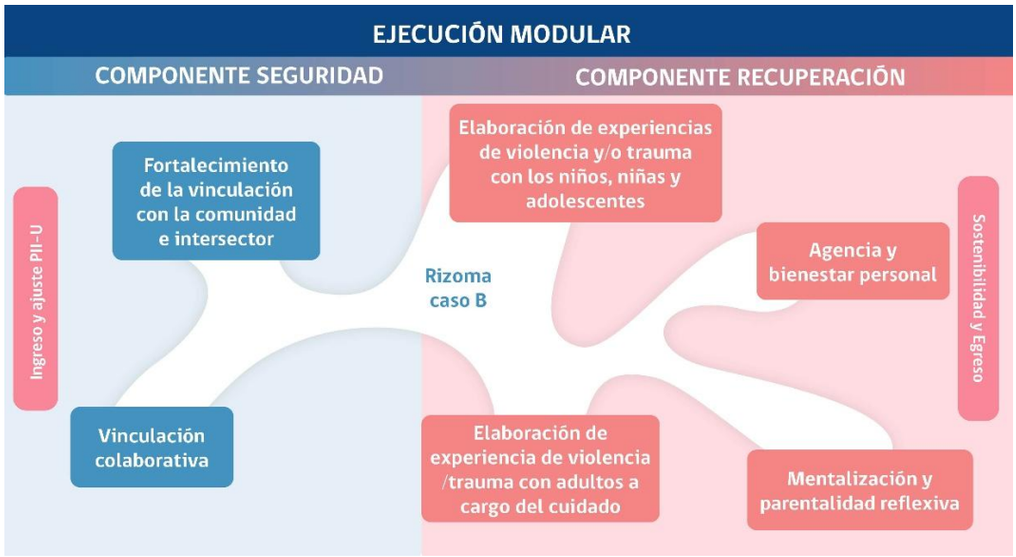
Veamos un par de ejemplos sobre cómo podría verse la ejecución modular en 2 casos con características distintas.

Caso A. ´Pedro´ y su familia ingresan en medio de una alta desestabilización del sistema familiar y no cuentan con condiciones proteccionales suficientes para avanzar en un proceso de elaboración de la situación de violencia y/o trauma. Recurrentes situaciones de crisis que requieren ser atendidas sin desviarse del foco terapéutico. Por otro lado, la sola estabilización proteccional no es suficiente para garantizar el bienestar y la recuperación de ´Pedro´ y su familia, siendo imperioso proyectar un trabajo de acompañamiento terapéutico en esta línea.



Caso B. ´Juanita´ y su familia ingresan con un piso proteccional cubierto, gracias a los recursos tanto internos como externos disponibles en su entorno; no obstante, éstos requieren ser fortalecidos para garantizar la sostenibilidad de los apoyos requeridos. Una de las figuras cuidadoras de Juanita presenta ambivalencia frente a

la situación de desprotección, mientras que la otra se muestra disponible para el acompañamiento que ofrece el Programa. La situación de violencia ha impactado a Juanita y su familia, proyectándose un trabajo con ambos subsistemas (niña y cuidadores) orientado hacia la recuperación.



A continuación, se desarrollan los 10 módulos y sus contenidos:

MÓDULOS QUE TRIBUTAN AL COMPONENTE DE SEGURIDAD

1. MÓDULO PROTECCIÓN

Propósito:

Propiciar condiciones mínimas de **seguridad y protección** que favorezcan el inicio o continuidad de los procesos de reparación, considerando dimensiones sociales, psicológicas y judiciales.

Criterios de inclusión:

Niños, niñas, adolescentes y adultos a cargo de su cuidado que requieran de acciones para alcanzar un piso proteccional mínimo para desarrollar el acompañamiento terapéutico, según lo concluido en la etapa 2 de ajuste del PII a PII-U.

Focos de trabajo:

1. Estabilización proteccional.
2. Constitución de un contexto social, psicológico y judicial seguro y protector.
3. Activación de medidas urgentes en situaciones de violencia flagrante.

Metodologías:

- Entrevistas y sesiones presenciales con el/los adulto/s a cargo del cuidado.

- Gestiones con las redes intersectoriales y comunitarias (activación y/o apoyo en sector justicia, salud, educación, territorio local).
- Eventuales entrevistas con el/la niño, niña o adolescente.

1. Estabilización proteccional.

El módulo puede ser realizado por el/la profesional de la Tríada que ésta defina, o por cualquier otro/a profesional parte del Modelo Terapéutico Integrado que pueda contribuir al abordaje proteccional si la Tríada responsable del caso así lo estima, a fin de resguardar el vínculo con la familia.

Se orienta a favorecer condiciones basales de protección para el niño, niña o adolescente, considerando ésta en un sentido amplio, con implicancias en el ámbito social - familiar, psicológico y jurídico. Así, este módulo no busca resolver eventos puntuales, sino propiciar un marco estable y protector en el tiempo que posibilite el acompañamiento terapéutico.

Lo anterior se fundamenta en la evidencia disponible en cuanto a que para un mejor desarrollo de los procesos de recuperación de niños/as, adolescentes y sus familias, se requieren condiciones basales de seguridad y protección, siendo necesario que en esta primera fase el/la profesional responsable junto a la Tríada analice si están las condiciones necesarias para llevar a cabo el proceso de acompañamiento en su fase terapéutica y, de lo contrario, cuáles son los aspectos que se deben trabajar previamente para incorporar al niño/a, adolescente y la familia a los módulos de elaboración de las experiencias vividas, entre otros, a fin de tener un impacto más positivo en la familia.

Por otra parte, estudios nacionales dan cuenta de ciertas variables que obstaculizan los procesos de reparación, siendo varias de ellas aspectos del ámbito familiar, tales como la falta de apoyo familiar por parte de las figuras parentales, la falta de credibilidad por parte de la familia, procesos judiciales revictimizantes y generadores de miedo y confusión (Capella et al., 2016); consecuencias de la vulneración en los propios cuidadores sin abordaje, lo que se relacionaría con peores resultados en la terapia y reaparición de síntomas de estrés postraumático en los niños (Gabriel-Vacher, 2025). Sin embargo, se estima que el rol de la protección no puede quedar radicado exclusivamente en los adultos a cargo del cuidado (ya sean los progenitores o no), puesto que los mismos estudios reflejan una ausencia de consideración de lo social como un aspecto relevante y primario de la protección, debiendo trasladar la mirada a la consideración de las circunstancias contextuales relacionadas con la situación de vulneración y desprotección (por ejemplo, alto grado de estrés parental, dificultades profundas en términos de salud mental, falta de soportes físicos, socioafectivos, entre otros).

Para ello, la Tríada de Acompañamiento Terapéutico realiza las siguientes acciones:

- ✓ Constituir al Programa como un espacio protector mediante la generación de un protocolo o marco de seguridad y protección local, estableciendo, incluso visualmente, normas claras de seguridad (Ej. “este es un espacio protector”).
- ✓ Adaptación física del espacio: diseñar áreas acogedoras, con luz natural y elementos que transmitan calma (cojines con telas suaves, texturas, juguetes blandos, otros).
- ✓ Constituir figuras de apego seguro al interior del Programa: Asignar un referente estable para el niño, niña o adolescente (puede ser el referente de caso de la Tríada de Acompañamiento Terapéutico).

- ✓ Identificar riesgos y vulnerabilidades en los ámbitos individual, familiar, social y jurídico del niño, niña o adolescente, evaluando nuevas necesidades de protección permanente. Realizar ajustes cuando sea necesario.
- ✓ Favorecer el desarrollo de rutinas que generen predictibilidad y seguridad emocional (en el programa como en la familia).

De este modo, la estabilización proteccional permite que el niño/a, adolescente y su familia cuenten con un entorno más predecible y protegido, disminuyendo factores de riesgo estructurales y facilitando un ingreso más seguro y provechoso al proceso reparatorio.

2. Constitución de un contexto social, psicológico y judicial seguro y protector.

Por lo anteriormente expuesto, el abordaje de las condiciones proteccionales para llevar a cabo el proceso de acompañamiento terapéutico va más allá de lo puramente jurídico, siendo fundamental constituir también un espacio socio-familiar y psicológico protector.

En cuanto a lo **socio-familiar**, los profesionales responsables deben hacerse la pregunta por cuáles son las condiciones reales, versus las necesarias para intervenir, respecto de constituir un adulto protector o significativo con quien llevar adelante el proceso terapéutico, en su calidad de sujeto y más allá de su rol exclusivo de protección que tradicionalmente se le ha asignado. Ello implica, trabajar su motivación, grado de disponibilidad y credibilidad respecto de la situación de desprotección que afecta al niño/a y su nivel de responsabilidad en ella, a fin de constituirse en una figura que sostenga al niño/a, su desarrollo y el proceso de elaboración posterior.

Para ello, el/la profesional responsable realiza las siguientes acciones:

- ✓ Entrevistas y sesiones con el/la adulta que asiste al proyecto favoreciendo la vinculación y participación activa como parte central en el proceso.
- ✓ En caso de que el/la adulta no desee asistir o participar en un proceso, y/o no de credibilidad a los hechos acontecidos y/o mantenga una actitud ambivalente, las acciones se dirigen primero a garantizar su asistencia y, posteriormente, hacia el logro de una vinculación colaborativa.
- ✓ Búsqueda de otras figuras familiares y/o conocidas para el niño/a o adolescente que sean o puedan constituirse en significativas y de sostén para el proceso (se puede utilizar mapa de redes, genograma familiar, entre otras técnicas).
- ✓ Co-construcción de recomendaciones concretas respecto de lo que implica proteger al niño/a o adolescente en distintas situaciones a lo largo de todo el proceso.
- ✓ Coordinación, activación y derivación a las redes del intersector y comunitarias requeridos por el niño/a y la familia (salud física, mental, vivienda, educación, red de apoyo social informal u otros).

En el ámbito **psicológico**, el/la profesional responsable debe orientarse a la construcción de un espacio psicológico seguro para el niño/a o adolescente, que sirva de ´continente´ para su proceso.

Para ello, las acciones a realizar son:

- ✓ Constituir un espacio físico atractivo y contenedor para el niño/a o adolescente, ajustado a sus características y necesidades, que invite al juego y la exploración, y físicamente seguro.

- ✓ Explicitar el marco del proceso terapéutico y definición de un encuadre protector; esto implica el señalamiento de límites claros y explícitos tanto del espacio y de la relación terapéutica, lo que favorece la anticipación y el sentido de control.
- ✓ Generar una vinculación positiva con el niño/a o adolescente basada en la confianza, el respeto y la seguridad.
- ✓ Generar un espacio terapéutico emocionalmente seguro, predecible y coherente (atender idealmente el mismo día, horario y lugar, avisar con antelación en caso de algún cambio, proponer e incentivar al niño/a las actividades en vez de imponerlas, entre otras).
- ✓ Favorecer la participación activa, colaborativa e informada del niño/a en todo momento.
- ✓ La seguridad incluye también la derivación y coordinación activa con dispositivos médicos, psiquiátricos y de urgencia, cuando corresponda, dado que la estabilización médica es parte esencial del estándar internacional de seguridad previa al tratamiento centrado en el trauma (Landolt et al., 2025).

Por su parte, en cuanto al ámbito **judicial o administrativo**, las acciones basales son:

- ✓ Interposición de medidas judiciales o administrativas que permitan garantizar la protección del niño/a o adolescente, de acuerdo con lo establecido en las normativas legales vigentes. Para ello, el/la encargado del módulo deberá informar al Director/a en todos los casos y al equipo de la Tríada de las medidas adoptadas, solicitando apoyo cuando sea necesario al asesor jurídico del Colaborador Acreditado.
- ✓ Coordinación de la Tríada de Acompañamiento Terapéutico para evaluar y ejecutar un plan de acción para la solicitud de las medidas, privilegiando en todo momento el resguardo de la integridad física y psicológica del niño/a o adolescente, así como acompañando e informando colaborativamente a los adultos que participan del proceso.

3. Activación de medidas urgentes en situaciones de violencia flagrante

El tercer foco de acción del módulo se activa de forma extraordinaria y con carácter de urgente ante la toma de conocimiento de una situación que atente gravemente contra el bienestar o ponga en riesgo la integridad de un/a niño, niña o adolescente, es decir, afecte su protección y seguridad. La información inicial, o el **levantamiento de la alerta**, puede provenir desde cualquier fuente válida, tales como profesionales de la red intersectorial o comunitaria, el mismo niño, niña o adolescente, algunos de sus progenitores o parientes cercanos, o bien algún referente conocido de éste/a. La mencionada alerta podrá ser obtenida durante acciones en terreno del/la profesional, o en las mismas dependencias del proyecto por cualquier miembro de la Tríada.

Las acciones son las siguientes:

- ✓ Una vez recepcionada la información inicial, el/la profesional debe tomar **contacto presencial** con el/la niño, niña, adolescente, a fin de efectuar una valoración *in situ* que permita ponderar el nivel de riesgo: si éste/a se encuentra frente a un peligro inminente, amenaza directa o riesgo vital.
- ✓ Entrevista al niño/a con el objetivo de ofrecer soporte emocional, comunicar tranquilidad y ofrecer ayuda. En caso de no ser posible esta entrevista, se entrevistará a los progenitores u otro adulto a cargo que se encuentre en el domicilio y pueda entregar antecedentes de la situación alertada. El objetivo no es buscar un relato de lo sucedido, sin embargo, en caso de entregarlo espontáneamente, se debe escuchar y

contener, más no incentivar la elicitación de detalles, pues estos serán abordados en la instancia correspondiente (dependiendo de la situación de que se trate)[26].

- ✓ Abordar con el/la adulto a cargo la situación que se ha tomado conocimiento y que gatilló el ingreso al Programa, comunicando las medidas que se solicitarán o adoptarán.
- ✓ Manejo ambiental (espacialidad del hogar, cambio de dormitorios, u otra) en orden de garantizar la protección de niños, niñas y adolescentes y generar las condiciones en el domicilio para el ejercicio de derechos y la interrupción efectiva de situaciones de violencia flagrante.
- ✓ En caso de sospecharse la ocurrencia de un delito en contra de un niño, niña o adolescente participante del proyecto, o una vulneración constitutiva de delito, el/la directora/a del proyecto debe activar el procedimiento establecido en la Resolución Exenta N° 1501, de fecha 22 de diciembre 2025 u otra que la sustituya, aplicando los procedimientos e instrucciones técnicas señaladas en dicho documento.
- ✓ Otras acciones que complementen lo anterior, tales como acompañamiento a interponer denuncias al SML, Carabineros, PDI o Ministerio Público, así como la solicitud de otras medidas que se requieran en pro del interés superior del niño/a o adolescente. Cabe destacar que en las coordinaciones a realizar con Tribunales de Familia u OLN se debe solicitar explícitamente la medida que se requiere para interrumpir de forma inmediata los hechos que acontecieron, así como eventualmente la necesidad de judicialización del caso y la respectiva transferencia desde la sede administrativa a la judicial.

Se entenderá por situaciones que ameritan la solicitud de una medida cautelar o modificación de la medida de protección, si procediere, aquellas en que el padre, la madre o las personas que ejercen protección presentan una serie de características o limitaciones que hacen pensar que la vida o integridad del niño, niña o adolescente pueden encontrarse en serio peligro y no hay elementos de control en el entorno familiar que puedan suplir esos déficits y garantizar una atención mínimamente adecuada a sus necesidades básicas. Las medidas excepcionales, que impliquen la separación de los niños, niñas y adolescentes de sus familias, sólo se deben proponer cuando exista un peligro grave e inminente para su salud y su integridad, que no sea posible de mitigar mediante la adopción de otras medidas cautelares o de protección (Ley N°21.302, artículo 18 ter).

Es importante destacar que la actuación bajo un enfoque de derechos implica también considerar la posibilidad de adopción de medidas de protección que no siempre se puedan consensuar con el niño/a o adolescente, y el/los adulto/s a cargo del cuidado, amparados en su interés superior. Tal es el caso de situaciones como una hospitalización, traslados a otros espacios familiares por cambio de cuidados, interposición de medidas cautelares de prohibición de acercamiento, entre otros. Sin embargo, aun cuando no siempre sea posible consensuar las medidas con el niño/a o adolescente y su familia, se debe describir y explicar en detalle el sentido de éstas, y estar disponible para escuchar opiniones diversas, así como para responder dudas e inquietudes

Por último, cabe destacar que la solicitud de medidas de protección, o cambio de éstas podrá realizarse en cualquier momento del proceso durante la estadía en el proyecto, lo cual no significa que todos los demás procesos quedarán en pausa hasta el logro total de los objetivos y acciones de este módulo, sino que es posible ir avanzando en paralelo, en pro de optimizar los tiempos del niño/a y su familia en el proyecto (por ejemplo, las situaciones de violencia que originan la desprotección deben ser interrumpidas, pero el logro total de los

[26] Lo anterior atendido lo dispuesto en la ley N°21.057 que Regula entrevistas grabadas en video y, otras medidas de resguardo a menores de edad, víctimas de delitos sexuales.

aspectos asociados a la percepción de seguridad de niños/as, adolescentes y familias, es algo que podría requerir de otras acciones más allá de las planteadas en este módulo y tomar más tiempo, en la medida que se trabajen las dinámicas de trauma (indefensión), entre otras).

Se espera lograr:

El niño, niña o adolescente cuenta con condiciones basales de seguridad y protección que permiten dar inicio o asegurar la continuidad de su proceso de reparación (según corresponda), en los ámbitos social, psicológico y judicial.

2. MÓDULO
VINCULACIÓN COLABORATIVA

Propósito:

Favorecer en el niño, niña, adolescente y su familia un involucramiento positivo en una relación colaborativa de apoyo con la Tríada de Acompañamiento Terapéutico y con los demás miembros del equipo del Modelo Terapéutico Integrado.

Criterios de inclusión:

Todos los niños, niñas, adolescentes y sus familias. Especial énfasis en participantes ambivalentes respecto a las situaciones de violencia.

Focos de trabajo:

1. Clima relacional y confianza epistémica como base para el logro de la vinculación colaborativa.
2. Abordaje de las rupturas y reparaciones de la alianza terapéutica.

Metodologías:

- Recepción bien tratante y acogedora en la interacción con las familias.
- Entrevistas y sesiones presenciales[27] individuales, familiares y vinculares con fines de acogida y consolidación del vínculo.

Este módulo se desarrolla desde el ingreso hasta el egreso de los niños/as o adolescentes y sus familias, está a cargo de todo el equipo integrado, dado que se ha visto que la vinculación es una variable central para el logro de los objetivos en materia proteccional. Sin perjuicio de lo anterior, cobra especial relevancia en el momento inicial e intermedio del proceso.

1. Clima relacional y confianza epistémica como base para el logro de la vinculación colaborativa.

Se funda en la necesidad de cambiar la visión respecto de cómo concebir la participación de la familia en el programa desde una centrada en una agenda propia del equipo, donde la pregunta es ‘cómo hacer que la familia participe de dicha agenda y/o objetivos a lograr’ (visión de la ‘adherencia’), hacia una búsqueda de

[27] Se espera que el módulo se desarrolle en modalidad presencial, sin embargo, en el evento de que éstas deban ser remotas, ello debe estar justificado técnicamente, como por ejemplo debido a la inaccesibilidad o difícil acceso al domicilio de la familia.

sentido conjunta entre el equipo, el niño, niña o adolescente y su familia respecto de la participación en el Programa. En esta segunda visión, denominada vinculación colaborativa, el foco cambia desde el cómo hacer que la familia adhiera al proceso de acompañamiento, a la pregunta sobre cómo logramos vincularnos con ella. Esto cobra aún más relevancia cuando se trata de adultos y/o familias en su conjunto que pueden presentar una disposición y/o actitud, inicial o permanente, ambivalente hacia los hechos que originaron el ingreso al Programa o hacia involucrarse activamente en un proceso de acompañamiento terapéutico.

Por otra parte, se fundamenta en la necesidad de generar un espacio relacional y clima cálido que promueva la confianza epistémica entre el/la niño/a y su familia con el equipo del Modelo Terapéutico Integrado. Este concepto es relevante, ya que se define como la 'disposición a confiar', o la capacidad de las personas para considerar que el conocimiento que viene de otros es confiable, relevante y digno de ser validado. Dicho de otro modo, la confianza epistémica es la capacidad de una persona de identificar con precisión a otras como dignas de confianza, y, por tanto, confiar en la información que transmiten. Para desarrollarla, debe existir un equipo que tenga a la base un enfoque y práctica sensible al trauma y una actitud terapéutica genuina, curiosa, predecible y confiable. Todo ello debe **orientarse a crear y afianzar la confianza** desde el inicio entre el niño/a o adolescente, la familia, y los miembros tanto de la Tríada como del equipo del modelo en su conjunto.

Para ello, se consideran las siguientes acciones:

- Brindar un trato cálido, acogedor, respetuoso y sensible, desde la recepción e ingreso del niño/a y familia al espacio físico del proyecto favoreciendo, mediante la repetición y visitas sucesivas, un clima relacional de confianza y seguridad que posibilite la recuperación de las experiencias de violencia vividas. Se requiere la participación de todo el equipo, independiente que un/a profesional tenga bajo su responsabilidad a una determinada familia o no. Esta actitud terapéutica debe estar presente también en cualquier otra dependencia donde se realicen las sesiones de acompañamiento, ya sea en el domicilio familiar u otros espacios físicos que se concuerden entre los participantes y el equipo.

- Poner atención en los detalles en cuanto a la ambientación del lugar, creando un espacio físico y emocional que denote cuidado, cariño y un foco especial en niño/as y adolescentes, con una decoración ad hoc. Estar atento a los detalles implica también, por ejemplo, tener gestos cálidos y acogedores, tales como ofrecer agua, jugo, té o café a los participantes cuando llegan al programa, disponer juguetes, libros infantiles, lápices y juegos de mesa, u otros que pueden marcar una diferencia en cuanto a la forma en que son recibidos en este espacio.

- Reflexionar, dentro de las primeras sesiones de trabajo conjunto, respecto de las ventajas y desventajas de vivir un proceso tendiente al mejoramiento del funcionamiento familiar. Esto permite que ambas partes entiendan las dificultades asociadas a un cambio en la dinámica familiar y a la vez, una posibilidad de visualizar caminos para facilitar el cambio y oportunidades en el proceso de acompañamiento (foco en la oportunidad v/s en el problema).

- Declarar la relación con la familia como una relación de colaboración en pro del bienestar del niño/a o adolescente y el mejoramiento del funcionamiento familiar en su conjunto.

- Ayudar a la familia o adulto a cargo del niño/a a explorar su situación actual, a formular una comprensión más clara de la situación, establecer objetivos y metas consensuados y planificar estrategias para conseguirlos de manera conjunta.

- Trabajar cercana y activamente la participación y el involucramiento del niño/a y la familia en las distintas sesiones, compartir el poder y dejar que los participantes lideren en distintas ocasiones, comprender que hay expertices complementarias (la experiencia, habilidades y cualidades del niño/a y familia por un lado, y la de los/as profesionales, por el otro); existencia de un respeto mutuo y confianza, y mantener una comunicación abierta, clara y honesta durante toda esta etapa (ejecución modular) y en todo momento. Todo ello contribuirá a que la vinculación colaborativa sea efectiva.

- Identificar personas relacionadas a la familia que pueden constituirse en un soporte constructivo en la motivación de los cuidadores principales para el cambio, para lo cual se utiliza el mapa relacional o de redes familiares.

- Desarrollar las sesiones de acompañamiento en el propio domicilio familiar, siempre informando a la familia y en acuerdo con ésta, dado el principio de transparencia y lo planteado por la literatura sobre que las sesiones en el domicilio pueden favorecer las relaciones entre el equipo y la familia en contextos proteccionales. La recomendación es que se realicen sesiones de manera intercalada al inicio del trabajo (entre el proyecto y el domicilio), siguiendo y privilegiando el ritmo planteado por la propia familia en torno a esto. Si la familia no desea tener sesiones en el domicilio, eso debe primar y respetarse siempre.

- En sintonía con lo anterior, el envío de informes, derivaciones, intercambios de información u otros, deben realizarse siempre informando previamente a las familias, explicando su propósito y alcances, en base al principio de transparencia, favoreciendo la seguridad emocional y la confianza en el Programa.

- Generar procesos reflexivos internos (entre los miembros del equipo del Modelo) de manera permanente en torno a formas, estrategias y buenas prácticas para generar vinculación colaborativa, lo cual es un elemento central para desarrollarla.

2. Abordaje de las rupturas y reparaciones de la alianza terapéutica.

La importancia de este foco de trabajo radica en que la identificación de eventuales rupturas en la alianza terapéutica está relacionada directamente la colaboración por parte de las familias en el proceso (Gabriel-Vacher, 2025). A su vez, la no identificación de éstas puede generar una colaboración aparente, donde las familias continúan asistiendo, pero pueden sentirse resentidas, desconfiadas o desenganchadas del proceso, lo que compromete la eficacia de la intervención. La literatura contemporánea en mentalización, particularmente el trabajo de Fonagy, Campbell y Luyten (2023) enfatiza que la detección de rupturas y su posterior reparación es un componente esencial del trabajo terapéutico, especialmente con familias que han vivido trauma relacional.

Para ello, es importante realizar las siguientes acciones:

- Identificar momentos de pérdida de ´we-ness´ o intencionalidad conjunta que ocurren en la relación terapéutica.

- Realizar un ´micro-slicing´ o micro corte del momento previo a la ruptura.
- Validar la perspectiva del adulto/familia sobre la ruptura, explorando también la contribución del propio profesional, y
- Pedir las disculpas correspondientes (reparación). Lo anterior, bajo el reconocimiento de que la relación terapéutica es dinámica, y que la reparación explícita de los quiebres fortalece la confianza epistémica, la participación y la continuidad del proceso (Fonagy et al., 2023).

Todas estas acciones dan cuenta de una actitud terapéutica que debe ser operativizada mediante acciones concretas y realizadas durante todo el proceso, de acuerdo a la necesidad del propio niño/a o adolescente y familia.

Finalmente, cualquier acción que se realice en torno a generar una vinculación estable, positiva y permanente entre la familia y los miembros del equipo, debe tener siempre presente que el objetivo de ello es el bienestar del niño/a y su seguridad.

Se espera lograr:

Se observa un involucramiento activo y positivo del niño, niña o adolescente y su familia en una relación colaborativa de apoyo con la Tríada de Acompañamiento Terapéutico y el equipo del Modelo Terapéutico Integrado.

3. MÓDULO
INTERVENCIÓN EN CRISIS

Propósito:

Brindar una respuesta inmediata y focalizada frente a situaciones críticas específicas y transitorias que afectan al niño, niña, adolescente y/o su familia, contribuyendo en la estabilización del sistema familiar.

Criterios de inclusión:

Niños, niñas, adolescentes y sus familias afectadas por una situación crítica transitoria que requiere abordaje inmediato, incluyendo episodios que generan un quiebre repentino en la dinámica familiar o emocional, y que impiden el desarrollo normal del acompañamiento terapéutico.

Focos de trabajo:

1. Implementación de estrategias para gestionar la crisis.
2. Reconocimiento y activación de los recursos personales, familiares y del contexto promoviendo la resiliencia.
3. Cierre y retorno.

Metodologías:

- Entrevistas presenciales[28] breves y focalizadas con el niño, niña o adolescente, adultos a cargo del cuidado y/o con los miembros del grupo familiar involucrados en una situación de crisis transitoria, contención emocional y validación de reacciones.
- Utilización de técnicas de regulación como respiración y relajación.
- Activación inmediata de recursos personales, familiares, comunitarios e intersectoriales disponibles o búsqueda de aquellos necesarios para la superación de la crisis.

La intervención en crisis será realizada por el/la profesional de la Tríada, que -en conjunto y de manera consensuada- ésta evalúe que puede aportar de mejor manera en la mitigación, contención y/o resolución de la crisis y permita preservar el vínculo terapéutico, así como cualquier otro/a profesional parte del Modelo Terapéutico Integrado que pueda contribuir en la misma dirección. Se sugiere un/una profesional que cuente con experiencia y/o formación en la materia, aunque la tríada puede determinar de mutuo acuerdo otro/a profesional responsable.

El módulo está pensado para que se **ejecute entre una a cuatro sesiones como máximo**, debiendo estar atentos y revisando permanentemente aquellos sistemas familiares que requieren el uso recurrente de este módulo.

El/la profesional que aborde la situación crítica debe, en primer término, estar consciente de su propio estado para poder mentalizar adecuadamente con la/os participantes y brindarles un espacio seguro y protector. Este espacio debe ser construido en conjunto, ya sea en el mismo proyecto o en otras dependencias que pueden ser incluso el hogar familiar.

Dada la naturaleza de la crisis, puede ser necesario que el/la profesional asuma un liderazgo más directivo, tomando decisiones rápidas para apoyar al sistema familiar y favorecer la recuperación de su equilibrio. Las crisis pueden ser normativas o no normativas y pueden ser de diversa naturaleza: fallecimiento de algún integrante del sistema, pérdida de trabajo, crisis de salud mental de corto alcance, entre otros, por lo que la actitud debe siempre basarse en la empatía, el respeto y la sensibilidad frente a la situación vivida.

La contención emocional, colaboración y la generación de confianza son elementos transversales en todo el desarrollo del módulo, debiéndose brindar soporte y equilibrio a los participantes para que se puedan activar las acciones necesarias en orden de recuperar su equilibrio y estabilizarse. De este modo, la actitud del/la profesional que subyace al **rol activo** que asume durante la crisis se orienta a:

- Conectar con el sistema familiar con base en la empatía y respeto.
- Ofrecer colaboración genuina para resolver la crisis y deseo de ayudar.
- Sostener, guiar y contener a niños, niñas, adolescentes.
- Mantenerse consciente de su propio estado emocional.
- Acompañar y liderar con conciencia y sensibilidad respecto de la situación crítica.

[28] Se espera que el módulo se desarrolle en modalidad presencial, sin embargo, en el evento de que éstas deban ser remotas, ello debe estar justificado técnicamente, como por ejemplo debido a la inaccesibilidad o difícil acceso al domicilio de la familia.

No obstante, en el caso de aquellas familias que presentan constantemente eventos de crisis, o requieren recurrentemente de este módulo, es fundamental que la Tríada de Acompañamiento Terapéutico reflexione respecto a los elementos que se encuentran a la base de la dinámica familiar y el sentido de las crisis (por ejemplo, como parte de la homeostasis del sistema), a fin de incorporar estos esquemas familiares en la intervención con miras a romper este patrón de funcionamiento.

1. **Implementación de estrategias para gestionar la crisis**

Considerando los elementos anteriormente expuestos, el/la profesional aborda la situación crítica utilizando las estrategias que considere pertinentes según la particularidad de cada caso, para su pronta resolución y reanudación de otros módulos del proceso de acompañamiento terapéutico.

Dependiendo de la naturaleza de la crisis, es necesario evaluar la pertinencia de aplicar instrumentos estandarizados **para medir el nivel de riesgo de suicidabilidad**, con miras a prevenirlo, detectarlo y/o abordarlo oportunamente, lo cual permite a los equipos contar con herramientas mínimas para responder de forma consistente, sensible y segura ante situaciones de riesgo suicida. En este caso, se proponen las siguientes acciones:

- Evaluación estructurada del riesgo suicida acorde a edad y contexto, sugiriéndose la Escala de Columbia[29].
- Coordinación y derivación inmediata con dispositivos de salud mental (psiquiatría, psicología).
- Contacto inmediato con redes familiares de apoyo.
- Seguimiento activo post-crisis, parte esencial de la prevención del comportamiento suicida.

Adicionalmente, el equipo puede contactar al Analista de Salud de la dirección regional en caso de que se requiera apoyo en la gestión de situaciones emergentes en esta materia.

De no existir riesgo de suicidabilidad, se implementan otras acciones para la gestión de la crisis, las cuales pueden organizarse en una secuencia que, si bien no es necesariamente lineal, dialoga con el modelo de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), herramienta ampliamente difundida en Chile y cuyo manual ABDCE, gratuito, es socializado como una respuesta eficaz para prevenir secuelas futuras. Este orienta la intervención breve en crisis hacia la escucha activa, la regulación fisiológica, la priorización de necesidades, la conexión con apoyos y la psicoeducación.

Para su aplicación, los pasos a seguir son:

A. Evaluación rápida del funcionamiento familiar y de todos los miembros que se encuentran vinculados con la situación crítica que los ha desestabilizado, garantizando su seguridad física y reduciendo el riesgo de daños. Es importante identificar a aquellos/as que tienen mayores apremios, necesidades y reacciones de estrés ante la situación actual, demostrando preocupación genuina por el momento crítico y los problemas que vivencian.
B. Alentar la “ventilación” o expresión de emociones de los miembros afectados ante la crisis, reconociéndolas y validándolas. El centro de la atención está puesto en su estado emocional y abordaje del malestar subjetivo experimentado, empleando la escucha activa como herramienta y conteniendo

[29] Instrumento estandarizado para medir el riesgo de suicidabilidad, disponible en https://www.imhay.org/wp-content/uploads/2024/06/Escala-de-Columbia_N%C3%BAcleo-Milenio-Imhay.pdf

eventuales catarsis. El/la profesional indaga mediante preguntas abiertas las principales necesidades y preocupaciones de quienes se encuentren más afligidos y dolidos como consecuencia de la situación crítica. En esta etapa se recomienda también incorporar técnicas simples de regulación fisiológica, como ejercicios de respiración lenta y profunda, que ayudan a disminuir la activación física asociada a la crisis y a recuperar la sensación de control (Paso *B – Reentrenamiento de la ventilación* de los PAP)

C. Conocer estrategias de afrontamiento de crisis previas y/o similares, rescatando y relevando las exitosas y extrayendo aprendizajes de las que no lo fueron. Esta acción fortalece los factores protectores y fomenta la resiliencia, en sintonía con la psicoeducación de los PAP, que busca normalizar reacciones y entregar pautas de autocuidado.
D. Explorar nuevas alternativas de resolución. Para ello el/la profesional debe comprometerse a nivel cognitivo, pues es necesario que lidere un momento en el cual emerjan ideas y acciones antes no visibilizadas. Se sugiere que para alentar dicho proceso creativo se albergue un sentimiento de esperanza y proyección al futuro, a través de preguntas tales como: ¿Qué será diferente cuando la crisis se supere? ¿Cuáles fueron las acciones que les permitieron salir de ella?
E. Generación de acuerdos. Se espera la co-construcción de un breve y acotado plan de acción encaminado a superar la crisis y prevenir una nueva ocurrencia. Las micro metas que se establezcan deben reportar un logro visible, ser específicas, concretas y prioritarias, a fin de que se recupere la homeostasis familiar.

Cabe destacar que la implementación de estas estrategias apunta **al logro de la co-regulación de quienes participan del abordaje de la situación crítica**, transitando de un estado de dependencia a una mayor y progresiva autosuficiencia, a la par de contribuir activamente a superarla.

2. Reconocimiento y activación de los recursos personales, familiares y del contexto y promoción de la resiliencia.

La intervención en crisis no solo busca contener el malestar inmediato, sino también favorecer la reorganización y el fortalecimiento de las capacidades de afrontamiento del niño, niña, adolescente y su familia. Para ello, resulta fundamental distinguir y movilizar los recursos disponibles en distintos niveles:

- La visualización de los recursos personales que posean los niño/as, adolescentes o cuidadores principales se vuelve un aliado para la construcción de las alternativas de solución cuando se presenta una situación que produce un quiebre o desequilibrio de alta criticidad. Dado lo anterior, el/la profesional que aborde la crisis que afecta el sistema familiar debe esa atento/a a distinguirlos para usarlos de distintas formas durante el rol activo que asume.
- El reconocimiento de recursos familiares en su conjunto posibilitará que distintos integrantes puedan ocupar otros roles dentro del sistema para contribuir desde distintos lugares en la búsqueda activa de soluciones. El foco, entonces, debe estar puesto en las distintas habilidades de los miembros de la familia (relacionales, individuales, sociales, otras), factores protectores, capacidad de resiliencia, y resolución de problemas, estrategias efectivas de afrontamiento, maniobras exitosas del pasado ante dificultades, relevando la confianza en sí mismo y capacidad de recuperación.
- Asimismo, resulta fundamental distinguir los recursos externos que puedan contribuir en la restauración del equilibrio perdido, las redes comunitarias e institucionales con las que cuenta el sistema o visualizar las que se requieren activar para apoyar en la estabilización.

El foco está en potenciar los factores protectores (apoyo social, afrontamiento activo, flexibilidad, confianza en sí mismos) y reducir aquellos que debilitan la respuesta (aislamiento, rigidez, desesperanza). De esta manera, el/la profesional ayuda al sistema familiar a visualizar que, aun en medio de la crisis, cuentan con recursos internos y externos que pueden movilizarse para su recuperación.

Una importante arista de este Módulo se orienta a la activación de las redes y la intervención en red, con la finalidad de ponerlas a disposición de los participantes para que restituyan sus derechos vulnerados y los ayuden a salir de la situación crítica. Al respecto, es vital que el/la profesional se articule con actores estratégicos como la OLN u otras entidades intersectoriales de sectores como salud, vivienda, trabajo, educación, entre otros, de la comuna o región con el propósito de vincular a los participantes con los servicios sociales que requieren según sean sus necesidades.

3. Cierre y retorno

La intervención reconoce que las crisis no son fenómenos estáticos, sino procesos que atraviesan diversas fases, en las que se manifiestan cambios emocionales, cognitivos y conductuales en el niño, niña, adolescente y su familia. Comprenderlas permite al equipo modular su intervención, ofreciendo los apoyos más pertinentes en cada momento.

Cuando han trascurrido las fases más agudas y los recursos personales, familiares y externos han permitido fortalecer el sistema, el rol del equipo debe orientarse a facilitar la elaboración de los aprendizajes, reforzar la confianza en las propias capacidades apoyando en la comprensión de que la crisis puede convertirse en una oportunidad de crecimiento, resiliencia y reorganización. Así, el equipo no solo apoya en disminuir el malestar inmediato, sino que facilita un tránsito en el que lo/as participantes adquieren herramientas más sólidas para enfrentar nuevas dificultades.

El/la profesional o los/as profesionales que han acompañado la criticidad deben cerrar la intervención en crisis de manera clara, preparando el terreno para retomar el acompañamiento terapéutico en curso.

Finalmente, si bien las crisis no siempre pueden anticiparse, la implementación de este módulo **el/la profesional deberá incorporar la implementación de este módulo** al ajuste del Plan de Intervención Individual Unificado (PII-U)

Se espera lograr:

El niño, niña o adolescente y su familia reciben una respuesta oportuna y focalizada frente a situaciones críticas específicas y transitorias que permiten la estabilización del sistema familiar.

4. MÓDULO
FORTALECIMIENTO DE LA VINCULACIÓN CON LA COMUNIDAD E INTERSECTOR

Propósito:

Desarrollar herramientas en niños, niñas, adolescentes y su familia para fortalecer su vinculación con los soportes intersectoriales y comunitarios que contribuyan a disminuir el nivel de desprotección.

Criterios de inclusión:

Todos los/as niños, niñas, adolescentes y sus familias participantes del Programa.

Focos de trabajo:

1. Trabajo con la red: ambientes mentalizantes y fortalecimiento de habilidades de vinculación intersectorial y comunitaria en niños y familias. 2. Fortalecimiento de la vinculación con los soportes intersectoriales. 3. Fortalecimiento de la vinculación con los soportes comunitarios.

Metodologías:

• Reuniones informativas y de asesoría junto a miembros del grupo familiar. • Acompañamiento en terreno para facilitar la realización de gestiones. • Coordinación con las redes territoriales que resulten pertinentes.

El módulo será realizado por el/la profesional de la Tríada, que -en conjunto y de manera consensuada- ésta defina, ya sea por experiencia y/o expertiz. No obstante, resulta indispensable que todo el equipo del Modelo Terapéutico Integrado detecte y conozca las redes intersectoriales y comunitarias presentes en el territorio donde se encuentra emplazado, para lo cual puede hacer uso de los mapas geo referenciados que el Programa de Prevención Focalizada debe elaborar. Desde un inicio de la ejecución y de forma permanente el/la directora/a del proyecto contacta y participa en reuniones o encuentros con sus pares en el ámbito institucional, mientras que los/as profesionales establecen contacto con organismos comunitarios diversos y atingentes a su quehacer; ello a fin de tener detalles respecto de actividades e iniciativas en las cuales eventualmente pueda participar el/la niño/a, adolescente y su familia.

1.Trabajo con la red: ambientes mentalizantes y fortalecimiento de habilidades de vinculación intersectorial y comunitaria en niños y familias.

Cabe destacar que este Módulo se complementa con el Módulo de la Base Técnica del Programa Prevención Focalizada denominado “Redes territoriales sensibles al trauma”, toda vez que además de que los participantes fortalezcan la interconexión con la comunidad, se requiere que ésta se encuentre debidamente informada y comprometida respecto de los efectos del trauma en niños, niñas y adolescentes.

Desde la perspectiva de la mentalización, lo anterior significa que el Modelo Terapéutico Integrado PIR-PF en su conjunto contribuye a crear ambientes mentalizantes en los contextos comunitarios e intersectoriales, tales como salud, educación, justicia y organizaciones locales pertinentes, en los cuales los/as adultos/as puedan sostener una postura curiosa, comprensiva y no reactiva frente a sus conductas y emociones, facilitando una comprensión más profunda de la experiencia interna del niño, niña o adolescente.

A propósito de la conjunción en esta materia de ambos Programas, es relevante aludir al “Trauma Systems Therapy” (TST)[30], modelo comprehensivo, integral, y que cuenta con evidencia en relación al mejoramiento

[30] Para más información sobre el modelo Trauma Systems Therapy, puedes visitar el sitio The National Child Traumatic Stress Network, en https://ncts.org

de la salud mental de niños, niñas y adolescentes. Uno de sus ejes centrales son precisamente los entornos en donde éstos/as se desenvuelven, trabajando con agentes territoriales y promoviendo un sistema de cuidado global, "bajando las barreras" entre Servicios y personas que buscan su bienestar y seguridad. Así, desde el modelo TST se subraya que el trabajo en red no sólo implica activar soportes, sino ayudar a que dicha red comprenda las respuestas del niño en clave de activación traumática. Desde TST, las respuestas conductuales o emocionales del niño, niña o adolescente se entienden como reflejo de un sistema interno activado por señales de amenaza, por lo que toda la red debe alinearse en una lectura compartida y sensible de estas respuestas, evitando interpretaciones punitivas o moralizantes.

Considerando lo anterior, desde el inicio del acompañamiento que brinda el Programa, los/as profesionales deben considerar la realización de las siguientes acciones, en sintonía con las características y necesidades de cada caso:

- ✓ Poner en conocimiento a niños, niñas, adolescentes y sus familias respecto de cuáles soportes locales existen y son relevantes para su proceso, y el modo de acceder a ellos.
- ✓ Co-construir competencias y herramientas comunicacionales/relacionales que hagan posible la oportuna activación y acceso a los recursos intersectoriales y comunitarios disponibles en el territorio.
- ✓ En caso de resultar pertinente, articularse con las Oficinas locales de Niñez que correspondan a su territorio para garantizar la protección universal.
- ✓ Verificar que el/la niño, niña y adolescente se encuentre debidamente inscrito/a en la atención primaria de salud y recibiendo los controles que correspondan (control del niño/a sano, control de salud del adolescente, salud mental, salud sexual y reproductiva, enfermedades crónicas).
- ✓ Apoyar en gestiones presenciales o remotas a fin de concretar la inscripción y asistencia del niño, niña o adolescente a espacios educacionales acordes a su etapa vital (obtención de matrícula, alternativas de nivelación escolar, u otro, según requerimientos).
- ✓ Trabajar aspectos motivacionales para favorecer la integración a cualquier actividad o espacio formativo que el grupo familiar requiera, en atención a los objetivos del plan de intervención, sus necesidades y curso de vida.

2.Fortalecimiento de la vinculación con los soportes intersectoriales

Los/as profesionales de la Tríada entregan información completa y suficiente que permita a los participantes del Programa conocer los soportes que resulten pertinentes, construyendo junto a ellos/as habilidades comunicacionales y relacionales que les permitan de forma eficaz y oportuna tomar contacto y contar con su apoyo, procurando agilizar las articulaciones que sean necesarias.

Respecto de esto último, cabe destacar que la labor de los/as profesionales del equipo radica en un rol mediador y complementario al quehacer que realizan las OLN en el territorio, orientando en el proceso de acceso a las prestaciones que correspondan, fortaleciendo recursos personales y competencias para conducirse y mantenerse en ellas, y en casos que lo requieran también acompaña en gestiones y posteriormente seguimiento del acceso efectivo a los servicios.

En este sentido, el nexo con los respectivos municipios u otros servicios públicos resulta estratégico, pues a través de sus diversos Programas y dependencias sirven de apoyo en temáticas relacionadas con la obtención de subsidios, mejorar condiciones de habitabilidad, participación en cursos de capacitación, ofertas laborales, deportivas, recreativas y de emprendimiento.

Así también resulta esencial que se establezcan coordinaciones con las direcciones regionales del Servicio ante situaciones en que se requiera el apoyo del Analista de Coordinación Intersectorial Regional para la activación de beneficios o convenios en favor de los niños, niñas o adolescentes o ante dificultades de acceso.

En otro orden, se releva también la relación del Programa con el Tribunal de Familia o con competencia en esta materia, instancia derivante y que realiza seguimiento a través de los informes de avance respecto del proceso de acompañamiento. Al respecto, el equipo de la Tríada debe cumplir con los estándares necesarios para que sus decisiones técnicas sean consideradas por dicha instancia.

Otros sectores con los cuales se debe construir un trabajo colaborativo son salud y educación.

Sector salud: Es necesario conocer la oferta de prestaciones y trabajar junto al grupo familiar para que fortalezcan herramientas y construir estrategias que les permitan contar efectivamente con prestaciones u otros apoyos que requieran en caso de presentar enfermedades y/o necesidades de tratamiento en el ámbito de la salud física o mental. Asociado a ello, si fuera pertinente, se deben hacer valer los convenios vigentes con MINSAL y SENDA, para abordaje oportuno del consumo problemático de sustancias y con SENADIS, en sintonía con temáticas de accesibilidad e inserción social[31]. El Analista de Salud alojado en la dirección regional puede facilitar en la realización de gestiones necesarias en pro del funcionamiento del Programa, para lo cual el equipo debe contactarlo.

Cabe señalar que, si bien la red pública es lo primero que se debe activar en todos los casos, el proyecto puede gestionar el acceso a servicios externos complementarios para la atención de niños, niñas y adolescentes, referidos a consulta médica de especialidad tales como neurología, psiquiatría u otra similar, con apoyo del AFE[32], en casos que requieran este tipo de atención de manera oportuna. Lo anterior, debe ser gestionado siempre en coordinación con el Analista de Salud de la Dirección Regional.

Sector educación: Contribuir en la continuidad de los estudios formales, procurando la nivelación de éstos en casos de rezago y la mantención en sus establecimientos educacionales, a fin de que el niño, niña o adolescente logre finalizar la educación primaria y secundaria, evitando la desescolarización y el consecuente desencadenamiento hacia procesos de desfase y abandono escolar[33].

Respecto a la articulación con servicios de protección social, el Módulo apunta a conocer y asesorar respecto de gestiones necesarias de realizar para el acceso y buen uso por parte de los participantes del Programa de **otros organismos institucionales**, como es el caso de acceso a subsidios de arriendo y habitabilidad rural en MINVU, diversas oficinas y programas municipales, FOSIS, Registro Civil, Extranjería, Casas de Transición a la Vida Adulta y Comisarías locales. Además de ellos, el Módulo asume el abordaje y acceso a garantías, según fines requeridos, en atención a condiciones y situaciones específicas que presente el/la adolescente y su familia, tales como condición de migrantes, pertenencia a pueblos originarios, población LGTBIQ+, situación de pobreza, entre otras.

[31] Consultar los "Lineamientos técnicos para la implementación del sistema intersectorial de salud integral, con énfasis en salud mental, para niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente."
[32] Aporte Financiero del Estado
[33] Consultar convenio Junji e Integra con Analista de Coordinación Intersectorial Regional.

3.Fortalecimiento de la vinculación con los soportes comunitarios

A fin de efectuar una articulación más pertinente con espacios locales presentes en el territorio, el/la profesional responsable explora y conoce la percepción del grupo familiar respecto de las organizaciones presentes y activas en su entorno comunitario, su grado de participación, compromiso, interés o preferencia para iniciar/mantener vinculación con ellas.

En forma simultánea, también se promueve y acompaña en un proceso de indagación e identificación en conjunto con los miembros de la familia, respecto de personas relevantes que pudieran constituirse en respaldo emocional, social, logístico o de otra índole, que puedan aportar al trabajo respecto de fortalecer las condiciones de seguridad para el niño, niña o adolescente, disminuyendo su nivel de desprotección.

Considerando esos antecedentes, se acompaña en el proceso de acceso/participación/mantención en actividades o espacios de su interés, para las cuales presenten motivación, propiciando su inserción e integración a:

- Talleres deportivos.
- Iniciativas artísticas (música, pintura, artesanía, teatro, otros).
- Talleres formativos.
- Programas de emprendimiento barriales.
- Clubes deportivos.
- Actividades organizadas por juntas de vecinos.
- Espacios culturales y recreativos (plazas, parques, iglesias, otros).
- Participación en feria expo comunales.
- Redes de apoyo informal (vecinos, amistades, otros familiares).

Por otra parte, en conjunto con el niño, niña o adolescente y su familia, se conoce las redes comunitarias informales que mantienen, con otros familiares, amigos, vecinos, favoreciéndose estos vínculos de soporte en el ámbito emocional, recreativo, práctico, entre otros que aporten al bienestar y ayuden a superar la desprotección que originó el ingreso al Programa.

Se espera lograr:

Se observa una mejor articulación entre el niño, niña o adolescente y su familia con las redes intersectoriales y comunitarias, las cuales brindan una respuesta oportuna, pertinente y sensible a sus necesidades.

MÓDULOS QUE TRIBUTAN AL COMPONENTE DE RECUPERACIÓN

5. MÓDULO
ELABORACIÓN DE EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA Y/O TRAUMA CON LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Propósito:

Contribuir a la elaboración de las experiencias de violencia y/o trauma vivenciadas por el niño/a o adolescente, acompañando su proceso de recuperación.

Criterios de inclusión:

Aplica a niños, niñas o adolescentes que, según la profundización realizada en la etapa de ajuste del PII, requieran y estén en condiciones de mayor estabilidad proteccional para realizar un acompañamiento terapéutico para la elaboración de las experiencias de violencia y/o trauma.

Focos de trabajo:

1. Seguridad: Regulación emocional y estabilización
2. Procesamiento y narrativa de la experiencia traumática
3. Integración en la identidad y construcción positiva del futuro

Metodologías:

- Sesiones individuales presenciales[34] con el niño, niña o adolescente, sesiones en paralelo con el adulto a cargo del cuidado, sesiones vinculares díada niño/a – cuidador.
- Terapia de juego.
- Uso de técnicas lúdicas, narrativas, artísticas, entre otras.

La ejecución del módulo requiere que el/la profesional de la Tríada de Acompañamiento Terapéutico que lo lidera cuente con **formación clínica**, sugiriéndose el/la profesional psicólogo/a de acuerdo a su expertiz, pero con la flexibilidad de que la tríada pueda determinar que lo ejecute otro/a profesional con **formación clínica** si así lo considera. Dada la importancia del módulo para la reparación psicológica y emocional, es ideal que se ejecute en todos los casos, una vez que se hayan desarrollado las condiciones proteccionales que permitan su desarrollo.

Ha sido elaborado a partir de la evidencia sobre el tratamiento de trauma en niños/as y adolescentes, considerando particularmente el desarrollo conceptual realizado por el equipo de la Universidad de Chile (2025) en su Proyecto Desafíos Públicos, como uno de los insumos relevantes para la construcción de esta base técnica.

Los contenidos aquí abordados están en sintonía con los postulados del enfoque trifásico del abordaje del trauma en los niños/as y adolescentes, y aplican en este Programa a aquellas situaciones valoradas en un nivel de desprotección intermedia en la que se encuentra el niño/a. Para ello, se consideran insumos claves provenientes de los principios basales de algunos modelos basados en evidencia que abordan esta problemática: Terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma (TF-CBT por su sigla en inglés), Terapia de exposición narrativa para niños y adolescentes (KIDNET por su sigla en inglés), Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR por su sigla en inglés), y Mentalización en Trauma Complejo. Es por ello, que el/la profesional responsable debe contar con conocimiento, formación y/o experiencia en este tipo de abordaje u otros similares con evidencia, fundamental para el desarrollo del módulo.

[34] Se espera que el módulo se desarrolle en modalidad presencial, sin embargo, en el evento de que **excepcionalmente** éstas deban ser remotas, ello debe estar justificado técnicamente, por ejemplo, inaccesibilidad o difícil acceso al domicilio de la familia.

Todo el proceso debe ser realizado sobre la base de una relación terapéutica validante, evolutivamente sensible, que permita la predictibilidad y continuidad del proceso terapéutico, la cual debe ser apoyada y sostenida por los demás miembros de la Tríada de Acompañamiento Terapéutico.

1. **Seguridad: Regulación emocional y estabilización.**

En primer lugar, el/la profesional responsable realiza una **contextualización sensible de las experiencias de violencia y/o trauma**, adecuándose a las características del curso de vida del niño/a o adolescente, creando un espacio seguro, confiable, validante de aquellas experiencias y centrado en lo lúdico, repasando en conjunto cómo éstas han influido en su desarrollo y bienestar. Es fundamental que quede establecido de manera clara el motivo de ingreso del niño/a y su familia al Programa, debiendo co-construir un motivo de consulta sobre el cual se desarrollará el proceso.

Luego de ello, en este primer momento, dependiendo de las características del curso de vida particular y la disposición emocional del niño/a o adolescente, es posible realizar **psicoeducación** en trauma como una herramienta clave que contribuye a la regulación emocional y estabilización. Para ello, el/la profesional responsable psicoeduca respecto de la dinámica de la violencia, del trauma y los efectos e impacto en el desarrollo de los niños/as o adolescentes y también de las familias, lo que les permite comprender sus reacciones y síntomas como una respuesta adaptativa a las experiencias vividas, pudiendo generar un alivio al malestar. Es necesario usar técnicas didácticas como el dibujo, esquemas simples o dinámicas creativas, a fin de que sea comprensible para el niño/a. Es importante que, en esta fase, la psicoeducación incluya también aspectos de la trayectoria del desarrollo del niño/a y su identidad, a fin de **no focalizar todo en el trauma y su impacto, sino que también que les permita comprender cómo se ha ido configurando el desarrollo de sí mismo**.

Otro aspecto central es generar **herramientas de afrontamiento** que actúen como soporte para el proceso de elaboración posterior. Es así como el/la profesional debe trabajar en la identificación de emociones, a fin de ampliar el vocabulario emocional del niño/a o adolescente, y conectarlas con sus pensamientos y sensaciones, para dar paso a la expresión y conexión emocional. Para ello se pueden utilizar técnicas como mapas o gráficos emocionales, técnicas expresivas como el arte, técnicas lúdicas como el juego simbólico, técnicas sensoriales y técnicas proyectivas como la bandeja de arena. Éstas permiten que el niño/a o adolescente explore sus vivencias dolorosas, para luego transformarlas en narrativas más adaptativas y fortalecedoras. Además de favorecer la expresión emocional, permiten ir dando paso a la regulación de éstas, reestableciendo el sentido de control (que suele perder con la victimización y la desprotección) y de agencia personal, en un contexto seguro donde el niño/a o adolescente puede explorar e ir dando sentido a sus experiencias de forma gradual.

2. **Procesamiento y narrativa de la experiencia traumática.**

Una vez creado un contexto basal de seguridad para el niño/a o adolescente, el/la profesional va transitando a la segunda fase del proceso que tiene que ver con las narrativas traumáticas, para lo cual no es necesario que el niño/a narre o dé detalles de los eventos traumáticos vividos; más bien, el objetivo de la narración es hacer sentido a las experiencias vividas, por lo que el abordaje de las vivencias, sentimientos y pensamientos asociados a la experiencia traumática será lo relevante, más que el trauma en sí mismo. Esta fase es muy importante ya que permite elaborar y procesar las experiencias de violencia, trauma y desprotección, más allá

de solamente describirlas. Esto implica el desarrollo de varios procesos internos a la base del trauma y su impacto en el desarrollo, tales como la identificación y el reprocesamiento de las creencias que sostienen los síntomas arraigados al funcionamiento en los distintos ámbitos de la vida del niño/a o adolescente, el abordaje de las dinámicas traumatogénicas instaladas a consecuencia de las experiencias traumáticas, la elaboración de las pérdidas y duelo, la integración de memorias fragmentadas, darle sentido a las experiencias vividas, a fin de que permitan procesar de manera gradual y segura estas experiencias, favoreciendo la integración a la identidad y el alivio de los síntomas y el malestar emocional al reconstruir lo vivido y facilitar una comprensión adaptativa que sirva como recurso para su desarrollo psicoemocional.

En el caso particular del abuso sexual, los objetivos aquí estarán centrados en el abordaje de las dinámicas traumatogénicas que organizan la vivencia del niño/a o adolescente, a partir de las consecuencias ocasionadas, tales como la estigmatización, la indefensión, la traición y culpa, y la sexualización traumática dependiendo de las características y consecuencia del abuso sexual en el/la niño/a o adolescente.

Para ello, el/la profesional responsable propone y utiliza una variedad de técnicas adaptadas a las características y curso de vida del niño/a o adolescente, identificando las vías sensoriales de preferencia para facilitar el procesamiento de información. Este trabajo se realiza de manera gradual y progresiva en el tiempo, en un piso base de seguridad que se refuerza en todo momento, respetando los tiempos del niño/a o adolescente y observando su grado de tolerancia emocional, evitando cualquier tipo de sobrecarga y/o acciones que puedan ser retraumatizantes. Cabe señalar, que este trabajo se puede realizar de manera directa o indirecta, y en muchos casos de manera simbólica (uso de metáforas), lo cual permite aproximarse a las experiencias vividas y a su mundo interno de manera no amenazante. Lo anterior dependerá de la edad del niño/a o adolescente, sus características evolutivas, su curso de vida (que incorpora además las características de sus trayectorias, transiciones, y puntos de quiebre vitales) y sus recursos, entre otras variables. La agencia del niño/a en el proceso terapéutico es central, especialmente en intervenciones centradas en trauma. La literatura en juego postraumático (Gil, 2011, 2013, 2017; Oaklander, 2022; entre otros) enfatiza estrategias concretas para que el niño guíe, module o pause el trabajo según su tolerancia emocional. Por ejemplo, el uso de una ´tarjeta roja´ mediante la cual el niño/a o adolescente indica ´hasta aquí trabajamos hoy´, o la construcción de un ´lugar seguro´ de la *gestalt* infantil o mentalizacion (a través de dibujo) que pueda revisitarse para favorecer la regulación durante momentos de activación traumática; son prácticas contemporáneas de trauma infantil que aseguran que el ritmo, la profundidad y el formato de la intervención sean decididos conjuntamente y se respete la capacidad real del niño/a o adolescente para procesar material traumático sin sobrecarga ni retraumatización.

En esta fase el/la profesional profundiza el trabajo de identificación y expresión de emociones iniciado en la fase anterior, así como con las sensaciones corporales asociadas a las experiencias de violencia y a los recuerdos traumáticos. Por otra parte, el abordaje se orienta a fomentar la conciencia temporal, lo cual le permite al niño/a o adolescente contrastar el pasado traumático con la sensación de seguridad construida en el presente lo que, a su vez, refuerza la sensación de control (que provoca la dinámica de la indefensión) y reduce la intensidad emocional de las memorias.

El trabajo con las narrativas se puede hacer de diferentes formas, siendo una de ellas la creación de una línea de vida en la que se organizan de manera cronológica los hechos significativos de la vida del niño/a o adolescente, explorando experiencias en múltiples niveles: sensorial, cognitivo, emocional, fisiológico y de

significado, que le permita ir elaborando una narrativa respecto de los eventos. Además, este trabajo crea un foco de consciencia dual que le permite al niño/a o adolescente aprender a contrastar el pasado con el presente, lo que refuerza la percepción de seguridad actual. Este proceso es desarrollado en varias sesiones, dependiendo del timing del proceso con el niño/a o adolescente, e implica una exposición imaginativa controlada para reducir la carga emocional de los eventos de alta *arousal* (activación emocional). Lo anterior, contribuye a transformar memorias fragmentadas en una narrativa coherente y con significados más adaptativos. El objetivo es lograr que los eventos traumáticos sean tolerados y coherentemente integrados en la memoria autobiográfica.

Otra de las formas de procesamiento narrativo es hacerlo de manera simbólica a través del juego, lo cual puede ser especialmente pertinente para niños más pequeños, con habilidades diferentes o inhibidos en la exploración verbal del trauma. Esto implica ayudar al niño a explorar los conflictos expresados en el juego e ir desarrollando narrativas que impliquen afrontar y elaborar esos conflictos, pasando de un juego postraumático estático (literal, sin resolución, el niño/a queda abandonado en su sensación de indefensión), a uno dinámico (que permite la elaboración simbólica) (Gil, 2006). Son útiles también el uso de técnicas narrativas, tales como la creación de cartas, cuentos, libros, entre otras.

En este módulo también **corresponde abordar el procesamiento del duelo o pérdidas**, reales o simbólicas que ha tenido el niño/a o adolescente a propósito de las vivencias de violencia, desprotección y/o trauma, las cuales le causan mucho dolor emocional, y es central en la fase narrativa del trauma. Estas pérdidas suelen estar relacionadas a personas que -a propósito de la situación de vulneración- son figuras que les generan cierta ambivalencia al tomar consciencia de que los quieren, pero lo dañan a la vez, o duelos asociados a reconfiguraciones familiares y/o cambios abruptos o significativos en la vida cotidiana, o percepción de pérdida de aspectos más simbólicos como la niñez, la felicidad, el control, entre otros; o situaciones de desarraigo, separación y/o alejamiento de figuras con quien mantenía un vínculo significativo, son algunos ejemplos que requieren un abordaje sensible dentro del proceso de elaboración.

Es fundamental incorporar en el trabajo la exploración de la percepción de pérdida en el niño/a o adolescente (de distintos tipos), así como su elaboración, validando las emociones de rabia, tristeza, ambivalencia u otra que estés a la base, e ir integrándolas en la narrativa que les permita ir procesando las ausencias y abrir nuevas posibilidades de conexión y vinculación emocional.

3. **Integración en la identidad y construcción positiva del futuro.**

El trabajo de elaboración de las experiencias de violencia y/o trauma debe ir siempre orientado hacia la integración en la identidad, en el sentido de que estas experiencias logren ser integradas dentro de la historia vital del niño/a o adolescente, permitiéndoles tener una narrativa coherente entre pasado, presente y futuro. Asimismo, la integración tendiente a construir una visión positiva del futuro, lo cual se logra con el trabajo realizado en los momentos anteriores, le permite al niño/a o adolescente visibilizar sus recursos y comprender las consecuencias desde otra perspectiva. A medida que el niño/a logra ir procesando las vivencias de violencia y/o trauma, junto con los otros procesos que se desarrollan en paralelo (consigo mismo, con su familia y/o adulto a cargo, con las redes intersectoriales y comunitarias), va teniendo una nueva forma de verse a sí mismo/a (redefinición) y su historia, y proyectarse hacia el futuro con optimismo y autoeficacia.

De esta forma, el/la profesional en esta fase orienta el trabajo hacia un fortalecimiento del sentido de sí mismo que no esté dominado por las vivencias de violencia y/o trauma, sino que ha incorporado nuevas narrativas de resiliencia y crecimiento postraumático. Para ello, el/la profesional responsable intenciona la elaboración de las narrativas en una línea de tiempo lo más completa posible, que incorpore no solo los hechos de violencia y/o trauma, sino también otras vivencias positivas, así como explorar las fortalezas y recursos que le han permitido avanzar. Al consolidar una narrativa integrada de sus diferentes experiencias, contribuye al desarrollo progresivo de sus sentimientos de pertenencia, integrando su historia y sirviendo de nexo entre el pasado y el futuro. Así, este Módulo se focaliza en fortalecer un sentido de sí mismo que no esté dominado por las experiencias traumáticas y que éstas no determinen el sentido de sí, favoreciendo que el niño/a o adolescente pueda incorporar los recursos que le permitieron sobrellevar esas experiencias, destacando sus propias fortalezas y el desarrollo de nuevos recursos y narrativas de resiliencia, a propósito de la elaboración del trauma.

Cabe señalar que los procesos y los tiempos señalados en este módulo deben ser flexibles y adaptados de acuerdo a las características de cada niño/a o adolescentes, así como también en coordinación permanente con los procesos desarrollados en los otros módulos en los que participe (tanto a nivel individual, familiar y con las redes). Finalmente, el/la profesional propone una diversidad de herramientas y técnicas, que van desde las técnicas gráficas (líneas de vida, dibujos), narrativas (historias, metáforas, cuentos terapéuticos, relatos personales), expresiones lúdicas (juego simbólico, caja de arena), artístico - narrativas (poemas, cuentos, canciones, escritura creativa), pudiendo incorporar recursos terapéuticos validados para población infantil de inteligencia artificial o realidad virtual.

Se espera lograr:

El niño, niña o adolescente avanza en la elaboración de las experiencias de violencia y/o trauma vivenciadas, integrando parcial o totalmente esta experiencia en su identidad con una mirada optimista del futuro, en el marco de un proceso de acompañamiento que favorece su recuperación.

6. MÓDULO
ELABORACIÓN DE EXPERIENCIA DE VIOLENCIA/TRAUMA CON ADULTOS A CARGO DEL CUIDADO

Propósito:

Acoger las necesidades de adultos no agresores a cargo del cuidado en tanto víctima secundaria de experiencias de violencia/trauma vivenciadas por sus hijos/as.

Criterios de inclusión:

Todos los adultos a cargo del cuidado de un/a niño, niña o adolescente, que no sean la figura agresora, víctima de violencia/trauma que participan del Programa.

Focos de trabajo:

1. Abordaje de emociones e impacto asociados a la vivencia de violencia y/o trauma.
2. Orientaciones para la elaboración de la experiencia de los cuidadores asociada a la vivencia de violencia y/o trauma.
3. Psicoeducación en trauma.

Metodologías:

- Sesiones terapéuticas presenciales[35] individuales con adultos a cargo del cuidado.
- Sesiones terapéuticas presenciales grupales.

1. Abordaje de emociones e impacto asociados a la vivencia de violencia y/o trauma.

La evidencia actual y especializada indica que, dentro del espectro de las dinámicas traumatogénicas que afectan a niños, niñas y adolescentes, han cobrado relevancia y se han convertido en objeto de estudio las consecuencias/impacto que la violencia/trauma gatilla en los/as adultos a cargo de su cuidado. A lo largo de la evolución de las consecuentes investigaciones, se acuña el término de 'victimización indirecta' (Latorre, 2023; Gof et. Al, 2020), entendida como aquella que acompaña y se asocia directamente con la victimización directa, recayendo principalmente sobre las personas que tienen una relación estrecha con quien ha experimentado este tipo de experiencias adversas.

Este Módulo, reconociendo la necesidad y pertinencia de atender los mencionados efectos, ofrece espacios tanto individuales como grupales en orden de contribuir a los procesos de recuperación de niños, niñas y adolescentes, indagando y trabajando sobre **las consecuencias que afectan negativamente la salud mental de los/as cuidadores.**

De este modo, a través de un acompañamiento terapéutico, se abordan problemas que se presentan en la vida cotidiana de los adultos a cargo del cuidado, tales como importantes afectaciones en su funcionamiento psicológico, similares a las presentadas por los/as niños/as o adolescentes, dificultades en la relación con el entorno, sentimientos de culpa, miedo, vulnerabilidad, vergüenza, rabia y trastorno de estrés postraumático. Además, el Módulo ofrece apoyo y orientación ante sentimientos de incredulidad y ambivalencia frente a un evento de violencia, así como hacia la persona agresora.

2. Orientaciones para la elaboración de la experiencia de los cuidadores asociada a la vivencia de violencia y/o trauma.

Para el diseño de las sesiones individuales o grupales se deben considerar las siguientes orientaciones:

1. Es importante que los/as profesionales identifiquen activa y tempranamente los patrones de evitación o de hiperactivación emocional que presentan los/as adultos/as cuidadores ante la develación y el trabajo con el trauma del niño/a o adolescente. Esto pues en ocasiones tienden a oscilar entre la desconexión emocional (evitación, minimización, retirada) y la sobreactivación (angustia intensa, desbordes, respuestas impulsivas o controladoras ante conductas sexualizadas de los niños/as por ejemplo), estados que interfieren directamente con su capacidad de contener, comprender y acompañar al niño en la elaboración del trauma. Así, el trabajo de regulación de emociones se fortalece, favoreciendo así su capacidad de co-regular al niño/a o adolescente y sostener de manera más sensible el proceso terapéutico.
2. Entregar información respecto de las consecuencias de la violencia/ trauma en el período evolutivo en que se encuentran sus hijos/as. La entrega oportuna de estos antecedentes se constituye como

[35] Se espera que el módulo se desarrolle en modalidad presencial, sin embargo, en el evento de que éstas deban ser remotas, ello debe estar justificado técnicamente, como por ejemplo debido a la inaccesibilidad o difícil acceso al domicilio de la familia.

una herramienta clave en este proceso, ya que les permite a los adultos comprender los síntomas y reacciones asociados al trauma como respuestas adaptativas frente a experiencias de violencia vivenciadas, mitigando ansiedades y temores.

3. Acompañar a los/as cuidadores/as en el proceso de asumir que un/a hijo/a sufrió una experiencia de violencia, conteniendo los pensamientos y emociones negativas asociadas a la develación. La labor de contención a lo largo de este momento inicial del proceso resulta prioritaria, sobre todo en casos en los cuales existe una tendencia a negar los hechos.
4. Intencionar un proceso orientado a que ellos/as logren una comprensión de la situación de violencia, sus factores de riesgo y protectores, ya que esto favorecerá la resignificación de la experiencia, así como el rol protector ante posibles situaciones de riesgo en el futuro.
5. Brindar soporte terapéutico en el proceso de cambio y resignificación de la experiencia de violencia/trauma del niño, niña o adolescente a quien cuidan, incrementando la capacidad de protección, manejando mejor las emociones respecto del evento, abordando la ansiedad y culpa asociada. Desculpabilizar es una tarea prioritaria pues junto con fortalecer al cuidador en su tarea, permite conectar asertiva y emocionalmente con él/ella, presentando mayor agencia y bienestar en el ejercicio parental.
6. Promover una mayor y precisa comprensión del proceso psicoterapéutico que vive el/a niño, niña o adolescente, pues aquello es importante al asociarse con la evolución en el vínculo que sostienen, hacia una mayor apertura y confianza. La información que los/as profesionales proporcionan, entonces, debe inspirar tranquilidad y certezas, sin necesidad de entrar en detalles de contenidos que se han abordado en sesiones. Por ello, en caso de que el/la profesional que trabaje con el niño, niña o adolescente sea otro/a, es importante que se realicen sesiones en conjunto cada cierta regularidad.
7. Junto con todo lo anterior, se debe tener presente lo relevante que resulta realizar una labor psicoeducativa en torno del proceso judicial en curso, ya que para los/as adultos/as cuidadores puede constituirse en una fuente de angustia y estrés. Además, contar con claridades al respecto favorece la disminución de los efectos asociados a la victimización indirecta.

Se espera que una mayor empatía y sensibilidad hacia los procesos de los/as niños o adolescentes a su cargo generen cambios respecto de la dinámica familiar colectiva, así como de la elaboración de sus propias vivencias, disminuyendo durante la convivencia diaria factores de riesgo asociados a la recurrencia de la violencia, así como el nivel de desprotección. También incentiva la realización de nuevas actividades en familia y el aumento de su cohesión interna. Al respecto, es oportuno destacar que en la medida que adultos a cargo del cuidado observan avances en los procesos de sus hijos/as renuevan sus esperanzas y fuerzas para seguir adelante con su propio proceso de recuperación.

3.Psicoeducación en trauma.

Por último, destacar la importancia de la psicoeducación en trauma a realizar con adultos a cargo del cuidado, construyendo espacios de intimidad (individuales o colectivos) en los cuales se pueda conversar abiertamente sobre los efectos del trauma tanto en los/as niños/as o adolescentes como en ellos/as mismos/as. El diálogo que se genere debe ayudar a comprender el funcionamiento de una mente que ha sufrido una experiencia traumática, los síntomas asociados y de qué manera el proceso psicoterapéutico y el acompañamiento parental puede contribuir a contenerlos y avanzar hacia su remisión.

La evidencia actual señala que lo anterior impactaría en la mejora de la confianza epistémica (constructo al que se alude también en el módulo de vinculación colaborativa) entre cuidadores y niños, niñas y adolescentes que presentan trauma, mejorando los resultados de la psicoterapia. En resumen, la psicoeducación a cuidadores/as debiera incluir los siguientes contenidos:

- El impacto del trauma en el cuerpo y la mente.
- Informar con principio de oportunidad y transparencia respecto del proceso judicial.
- Ayudar a comprender las situaciones de violencia o traumáticas que afectaron a sus hijos/as y sus consecuencias, ofreciendo contención en el proceso de develación.
- Poner en práctica estrategias de regulación emocional, frente a sentimientos de ansiedad, miedo, desaliento, entre otras.
- Favorecer la comprensión y el manejo de síntomas comunes como la disociación, conductas sexualizadas, los flashbacks y las pesadillas.

Se espera lograr:

Los adultos a cargo del cuidado reconocen y elaboran el impacto que las experiencias de violencia y/o trauma han tenido en ellos, fortaleciendo sus recursos personales y parentales para acompañar de manera más protectora al niño, niña o adolescente.

7.MÓDULO
VIOLENCIA INTERGENERACIONAL

Propósito:

Contribuir a la interrupción de la transmisión intergeneracional de la violencia.

Criterios de inclusión:

Madres, padres o cuidadores principales participantes del Programa que han sufrido experiencias de violencia en su niñez, lo que se asocia con dificultades al ejercer su parentalidad o práctica de cuidado.

Focos a trabajar:

1.Factores protectores que previenen la transmisión intergeneracional de la violencia.
2.Incremento de la función reflexiva sobre las propias experiencias de violencia de los/as cuidadores.
3.Reconocimiento de la historia personal de crianza del/la cuidador/a, vinculándola con el rol actual de cuidado.

Metodologías:

- Sesiones/entrevistas presenciales[36] individuales con adultos cuidadores.

La ejecución del módulo requiere que el/la profesional de la Tríada de Acompañamiento Terapéutico que lo lidera cuente con formación clínica.

[36] Tal como se señaló en el Módulo anterior, la modalidad remota de trabajo se constituye en una excepción que debe ser justificada técnicamente.

La literatura especializada y evidencia actual apunta a que madres, padres y cuidadores principales que sufrieron experiencias de violencia tempranas y que logran terminar con el ciclo intergeneracional de prácticas maltratantes a través del abordaje de estas experiencias, disminuyen la probabilidad de recurrencia de violencia en el seno familiar y generan condiciones para el bienestar de todos sus miembros. Desde esta convicción, el presente Módulo identifica tres temáticas a trabajar a fin de abordar exitosamente la interrupción de la transmisión de la violencia entre generaciones.

1.Factores protectores que previenen la transmisión intergeneracional de la violencia.

Las sesiones de trabajo que estructuran el proceso de acompañamiento, por una parte, deben orientarse al robustecimiento de factores protectores que actúan como moderadores de la asociación entre factores de riesgo y la transmisión del maltrato, contribuyendo significativamente al establecimiento de relaciones estables, seguras y de apoyo. Algunos de los factores protectores que deben ser incorporados al diseño de las sesiones son los siguientes:

Inserción en ambientes positivos y estimulantes.
Relación de pareja satisfactoria y estable.
Apoyo emocional por parte de la pareja.
Satisfacción con la paternidad y maternidad.
Apego positivo con el niño.
Relación positiva entre la pareja y sus hijos/as.
Bajos niveles de estrés parental.
Altos niveles de autoeficacia parental.
Mayor contacto con familiares.

Extraído de Undurraga y Santelices, 2021

En sintonía con lo anterior, en una revisión de alcance de Gabriel-Vacher y Capella (2024b) se identificó que, además de los mencionados factores protectores, existen variables mediadoras y moderadoras claves en el impacto del trauma parental sobre la crianza, especialmente relevantes para contextos de desprotección intermedia. En particular, destacan: el buen trato en la pareja y el apoyo familiar percibido.

Resulta positivo incluir en el trabajo de este módulo la variable buen trato en la pareja, puesto que la violencia en este subsistema emerge consistentemente como uno de los predictores más relevantes de deterioro en la parentalidad en familias con historia de trauma, y la violencia multiplica los efectos del trauma parental en los niños (Gabriel-Vacher y Capella, 2024b), por lo que es fundamental el abordaje en el subsistema conjugal, a fin de transformarlo en un factor protector.

El apoyo familiar percibido, por su parte, que actúa como un amortiguador significativo, modulando el impacto del trauma parental sobre el cuidado y la sensibilidad hacia los niños/as (Gabriel-Vacher y Capella, 2024b).

Como se puede apreciar, principalmente factores relativos a favorecer la inserción, tejido y cohesión social, junto a aquellos que buscan cultivar vínculos positivos con figuras significativas son los que destacan y cuentan con evidencia de efectividad. Considerar estas dimensiones de trabajo en este módulo, en línea con la

evidencia actualizada en la materia, fortalecerá la comprensión de las trayectorias en la parentalidad con experiencias de trauma, fomentando los factores protectores que previenen la violencia intergeneracional.

2.Incremento de la función reflexiva sobre las propias experiencias de violencia de los/as cuidadores.

En relación al trabajo terapéutico con la función reflexiva del trauma (FR-T) en los cuidadores, la evidencia reciente (Gabriel-Vacher, 2025; Borelli, 2019; Ensink et al., 2014; Berthelot et al., 2015) muestra que fortalecer estas dimensiones en los adultos responsables disminuye significativamente la probabilidad de repetición intergeneracional del trauma y favorece prácticas de cuidado más sensibles y protectoras. Es así que, el trabajo del módulo con la función reflexiva del trauma permite que los cuidadores elaboren su propia historia traumática en varias dimensiones, tales como: el reconocimiento del trauma, los estados mentales asociados, el impacto evolutivo y actual, representación de figuras agresoras, y la capacidad para no repetir patrones. Considerar estos elementos contribuye a fortalecer la capacidad protectora parental y desde un marco de la mentalización.

En este proceso de trabajo con la función reflexiva parental en este módulo, las/os madres, padres o cuidadores podrían re-experimentar vivencias pasadas de violencia, gatilladas por las propias experiencias adversas de sus hijos/as, en cuyo caso es necesario brindar contención emocional. El apoyo terapéutico ante estas situaciones es de suma relevancia, dado lo sensible que resulta una eventual repetición traumática de la vivencia de abandono, rechazo, desprecio o maltrato.

Por ello, se hace necesario promover y ofrecer un espacio seguro y de confianza para que aquellos/as cuidadores/as que sufrieron maltrato en su infancia puedan contar su historia y recibir la ayuda necesaria para elaborar y sobrellevar la carga emocional que implica un trauma relacional vivido, contribuyendo a integrar dichas experiencias.

Las sesiones dedicadas a los cuidadores (más allá de su rol protector, sino de manera integral) permiten explorar estas vivencias, validar el sentir emergente y proporcionarles herramientas para manejar los sentimientos de insuficiencia, menosprecio o la fatiga emocional asociada. Contar con un espacio seguro permite poner en palabras lo que anteriormente no se podía ni siquiera pensar, debido a las dificultades para mentalizar aquello que es fuente de sufrimiento, dolor y síntomas invalidantes, tales como ansiedad, depresión, otros trastornos del ánimo o co-morbilidades.

Las conversaciones de índole terapéutico se orientan a “hacer las paces” al resignificar su propia historia de violencia, proceso marcado por la necesidad de contar su experiencia y expresar los miedos a repetirla con sus hijos. De este modo y al elaborar su experiencia, pueden generarse las condiciones para cortar el ciclo intergeneracional.

3.Reconocimiento de la historia personal de crianza del/la cuidador/a, vinculándola con el rol actual de cuidado.

Considerando lo dicho anteriormente, y en complemento, durante las sesiones de trabajo se intenciona que los/as cuidadores realicen un recorrido a través su propio período de crianza, colaborando para que reconozcan las emociones que están a la base de sus narrativas, y al mismo tiempo puedan conectarlas con

sus actuales prácticas de crianza y vivencias de sus niños/as o adolescentes. Entre las principales temáticas a explorar:

- Identificación de sus figuras significativas en la niñez, tanto aquellas que fueron fuentes de dolor (fantasmas), como también aquellas que fueron protectoras o contenedoras (ángeles).
- Estilos de disciplina y relacionales presentes en el hogar familiar.
- Sentimiento de sentirse o no protegidos.
- Principales hitos, transiciones y quiebres durante la niñez.
- Eventos satisfactorios y dolorosos.
- Estrategias de afrontamiento de crisis de sus figuras significativas.

La revisión de su propia trayectoria familiar se orienta a participar activamente, en tanto acompañante, de una narrativa personal que les permita a madres y padres integrar su rol como cuidadores en un marco de resiliencia. Esto, entrelazando y vinculando las características de esta trayectoria con la de los niños, niñas y adolescentes que cuidan, para así idear y proyectar nuevas formas de relacionarse que contribuyan al bienestar de la familia en su conjunto.

En la medida en que las personas adultas van revisando sus trayectorias vitales y familiares (insertas en prácticas culturales de la comunidad), se les facilita poder remirar sus estilos de crianza y poder conectar con sus hijos e hijas a partir de sus propias experiencias de cuidado, revisar los efectos que tiene en ellos y ellas vivir malos tratos, como también los beneficios que tiene crecer y desarrollarse en una familia protectora. En otras palabras, en la medida que el adulto puede reflexionar y elaborar su propia historia de trauma, es capaz de poder mentalizar mejor la experiencia de trauma de su hijo/a.

De esta manera, durante las sesiones se debe propender hacia el inicio de un círculo virtuoso de transmisión intergeneracional de cuidado, alentando el recordar experiencias positivas del pasado, recuerdos de sentirse protegidos y contenidos por una figura de apego benevolente. Esto en el entendido que albergar el sentimiento de sentirse amado y valorado es fundamental para romper el círculo de maltrato y brindar una crianza respetuosa, sensible y cariñosa.

Se espera lograr:

Se observa una disminución en la reproducción de patrones de violencia en las dinámicas familiares, fortaleciéndose prácticas de cuidado basadas en el buen trato, la regulación emocional y la resolución no violenta de conflictos.

8. MÓDULO
MENTALIZACIÓN Y PARENTALIDAD REFLEXIVA

Propósito:

Promover la parentalidad reflexiva y la mentalización en los adultos cuidadores que les permita fortalecer la capacidad de comprender los estados mentales propios y del niño/a o adolescente bajo su cuidado.

Criterios de inclusión:

Todos los adultos, especialmente aquellos que requieran herramientas para mejorar su capacidad de mentalizar y desarrollar una parentalidad reflexiva en su relación con sus hijos/niños/as o adolescentes.

Focos de trabajo:

1.Mentalización en los cuidadores como base para ejercer una parentalidad consciente y reflexiva.

2.Estrategias para el desarrollo de una parentalidad consciente y reflexiva.

3.Herramientas que contribuyen a operacionalizar el trabajo de fortalecimiento de la parentalidad reflexiva.

Metodologías:

- Sesiones individuales o grupales con el/los adulto/s a cargo del cuidado, y/o sesiones vinculares (adulto a cargo – niño, niña o adolescente).

El módulo será realizado por el/la profesional de la Tríada, que -en conjunto y de manera consensuada- se defina.

1.Mentalización en los cuidadores como base para ejercer una parentalidad consciente y reflexiva.

El módulo se fundamenta en lo señalado ampliamente por la evidencia en torno a que los progenitores o cuidadores primarios que han experienciado vivencias de trauma en su niñez y/o adolescencia sin tener oportunidades para reparar dicha experiencia, así como aquellos con algún nivel de estrés parental y/o que presentan otras vulnerabilidades que interfieren en su rol parental, desarrollan consecuencias en diversas áreas, siendo una de ellas las habilidades representacionales y la capacidad de mentalización, presentando fallas en la capacidad de mentalizarse a sí mismo y también a sus hijos/as o niños/as o adolescentes bajo su cuidado (Berthelot et al., 2015; Lotto et al., 2021; Lotto, et al., 2023; Su et al., 2022; San Cristóbal et al., 2017; Sleed et al., 2018, en Universidad de Chile, 2025).

Lo anterior muestra **los efectos intergeneracionales de las experiencias traumáticas en los cuidadores** y el impacto negativo en las conductas de cuidado y crianza, así como también en la salud mental de los niños/as o adolescentes bajo su cuidado.

Para poder reparar aquello, una de las líneas de trabajo que se propone y cuenta con evidencia empírica de su efectividad es el trabajo basado en la mentalización con los padres y/o cuidadores, que complementa el trabajo individual con el niño, niña o adolescente, orientado a favorecer la sintonía emocional de los adultos o cuidadores primarios con el niño/a, su capacidad de mentalización, y desarrollar una parentalidad consciente y reflexiva.

El módulo está basado en los principios del tratamiento basado en la mentalización para padres y/o cuidadores y el modelo de mentalización en trauma complejo.

Cabe señalar que el **rol del/la profesional responsable** es la primera clave para que los progenitores o cuidadores primarios puedan desarrollar la mentalización puesto que, con una actitud de interés genuino y auténtico, debe brindarles la experiencia de ser mentalizados en el espacio terapéutico, antes de que ellos/ellas puedan hacer lo mismo con sus hijos/niños o adolescentes. En este sentido, el/la profesional les

ofrece un modelo de experiencia relacional nueva y distinta a lo que probablemente han vivido, lo que les permite a los cuidadores ampliar este abordaje a la relación con el/la niño/a.

Para ello, se realizan sesiones con los adultos o cuidadores, con la finalidad de promover la capacidad de **auto observación** de sus estados internos y la **mentalización**, entendida como una capacidad mental imaginativa que permite a la persona interpretar el comportamiento en términos de estados mentales intencionales o, en palabras de su autor (Fonagy, 2014), la capacidad de verse a sí mismo desde fuera, y a los demás desde dentro. Este trabajo les permite ir comprendiendo los estados mentales propios y ajenos (de los niños/as o adolescentes), lo que aumenta la sintonía emocional, y la coherencia en las respuestas hacia el/la niño/a o adolescente en el día a día.

Por otra parte, en las sesiones vinculares, el rol del profesional es actuar de **co-regulador** de la relación, ante lo cual permanece curioso/a y calmo/a, ayuda a poner la emoción en palabras y a darle sentido en el espacio terapéutico, facilitando la mentalización. Implica sintonizar con las necesidades relacionales y favorecer la co-construcción de una relación diferente y reparadora que va mostrando por contraste otras experiencias en que no fueron vistos/comprendidos/mentalizados, contribuyendo a desarrollar y/o recuperar la confianza epistémica o relacional.

El tratamiento basado en la mentalización comprende la **parentalidad como un proceso evolutivo**, para lo cual el/la profesional deberá identificar el punto de la trayectoria de desarrollo parental donde se encuentra el/la cuidador/a, incentivando un proceso de "ayudar a los cuidadores", a la vez que "crece con ellos/ellas", más allá de su rol de cuidado y protección, sino como persona, al entender su propia historia de adversidades y cómo éstas han influido en su relación con el/la niño o adolescente. En este sentido el/la profesional acompaña el proceso mediante el cual ellos se definen, redefinen y revisan quien son, en su rol de individuos y de progenitores o cuidadores primarios, a la vez que observan dónde y cómo sienten que deberían estar en cuanto a la experiencia parental. Es así, que el/la profesional responsable los acompaña en el proceso de **reconfigurar su propia historia y la historia del niño/a o adolescente**, a fin de aumentar su capacidad de auto observación y la capacidad de imaginar con la idea de qué le podría estar pasando (sintiendo, pensando, vivenciando) al niño/a o adolescente y a sí mismos, en una situación determinada.

Por otra parte, se trabaja el desarrollo de la **afectividad mentalizada**, que es la capacidad de comprender y reinterpretar tanto los movimientos afectivos, como captar los sentimientos que acompañan a los estados mentales.

Todos estos elementos se trabajan en paralelo para ir avanzando hacia el trabajo de parentalidad reflexiva.

2.Estrategias para el desarrollo de una parentalidad consciente y reflexiva.

La parentalidad reflexiva es comprendida desde los tratamientos basados en la mentalización para progenitores y/o cuidadores primarios, como la capacidad del/la cuidador/a de utilizar con flexibilidad distintas facetas para la reflexión mental, generando distintas posibilidades ante una misma situación. Para ello, el/la profesional propone distintas estrategias:

- Centrarse en el yo o el otro. Implica auto observar una situación en la relación parental, tanto desde el punto de vista interno, como también poder situarse desde el punto de vista del niño/a, complementando las posibilidades de mentalización.

- Integrar formas tanto afectivas como cognitivas de comprender una situación. Ello implica identificar las claves sensoriales de preferencia del propio cuidador/a, complementando con ambas la mirada respecto de una situación.
- Utilizar fuentes internas o externas de información, por ejemplo, información proveniente desde los propios modelos internos de crianza, y de referentes externos.

Asimismo, el abordaje reflexivo parental requiere que en el proceso terapéutico el/la profesional incentive con los cuidadores lo siguiente:

- Interés benévolo por la mente del niño/a y disponibilidad emocional para ayudarlo a dar sentido a sus propias reacciones.
- Mirar más allá de la conducta para intentar saber lo que comunica sobre su experiencia.
- Jugar, bromear e imaginar junto al niño/a.
- Disponibilidad para ayudar al niño/a o adolescente a poner en palabras sus sentimientos, así como elaborar narraciones autobiográficas significativas.
- Aumentar la consciencia respecto de que la experiencia vivida por el niño/a puede ser muy distinta a la propia.
- Apreciación de que los propios sentimientos y estados de ánimo, afectan y tendrán un impacto sobre los niños/as o adolescentes.

Para el logro de lo anterior, el/la profesional ayuda a los cuidadores a:

- Preguntarse activamente y no 'saber' (dar por sentado).
- Supervisar los propios errores.
- Desarrollar una actitud de curiosidad auténtica.
- Permanecer en el aquí y el ahora.
- Identificar los momentos cuando se deja de mentalizar y cuando es necesario rebajar los niveles de activación o estrés, junto con orientar acciones frente a ello.

3.Herramientas que contribuyen a operacionalizar el trabajo de fortalecimiento de la parentalidad reflexiva.

La evidencia reciente en modelos basados en la mentalización destaca la utilidad de herramientas estructuradas y guiadas que permiten traducir esta competencia a la práctica cotidiana. Aquí hay tres recursos clínicos validados internacionalmente[37] (Tsabary, 2023):

- **Mapa de la Parentalidad**. Es un recurso que permite explorar con los cuidadores cómo desean ser como madres/padres, qué influencias históricas y actuales moldean su parentalidad y cómo sus experiencias tempranas emergen en el vínculo con el niño/a.

  Este recurso facilita preguntas como: ¿Cuándo sientes que ejerces tu parentalidad de la mejor manera? ¿Qué factores propios, históricos, culturales y relacionales—influyen en cómo cuidas hoy? ¿Cuándo aparecen emociones intensas en la interacción con tu hijo/a? ¿Cómo estas experiencias se relacionan con tu propia historia de cuidado? ¿Cómo anticipar situaciones disparadoras y desarrollar

[37] Para mayor información sobre el uso de estas herramientas se sugiere el libro The Parenting Map: Step by Step Solutions to Consciously Create the Ultimate Parent-Chip Relationship de la autora Shefali Tsabary, 2023.

respuestas más reflexivas? Este tipo de ejercicios ayuda a los cuidadores a identificar patrones, comprender sus disparadores y fortalecer su capacidad reflexiva en situaciones de estrés.

- **Termómetro Emocional**. Esta herramienta permite a los cuidadores monitorear la intensidad de sus emociones y decidir cuándo actuar y cuándo esperar para responder de manera regulada. Este recurso aumenta la conciencia emocional del adulto, reduce conductas reactivas o desbordadas, modela autorregulación para el niño/a, facilita interacciones más empáticas y sintonizadas.

- **APP Parental (Attention–Perspective Taking–Providing Empathy).** Esta técnica en forma de acrónimo fue diseñada para guiar a los padres/madres o cuidadores en momentos de conflicto o fuerte carga emocional con sus hijos.

  Se centra en tres habilidades: **1) Atención y curiosidad:** Consiste en detenerse y notar qué podría estar ocurriendo en el presente, tanto en el comportamiento del niño como en las propias reacciones internas del adulto (rabia, frustración, miedo). Se trata de estar plenamente presente en lugar de reaccionar en ´piloto automático´. **2) Perspectiva:** Consiste en que el adulto intenta ver la situación desde los ojos del niño. Esto implica reconocer que el comportamiento que podría ser catalogado desde afuera como ´difícil´ suele ser una expresión de una necesidad que requiere ser satisfecha, y no un ataque personal contra el adulto. **3) Proveer empatía y validación:** Consiste en que el adulto pueda responder de manera sensible a los estados internos del niño/a. Una vez que comprende la perspectiva del niño/a, se valida su emoción. Esto ayuda al niño a sentirse visto y comprendido, lo que naturalmente reduce la resistencia y permite una resolución más armoniosa.

El trabajo descrito en este módulo se debe organizar de manera flexible, según las características y necesidades de los cuidadores o la díada en su conjunto (cuidador – niño/a), pudiendo realizar sesiones individuales con el adulto, vinculares, y/o grupales.

Se espera lograr:

Los adultos cuidadores desarrollan mayores capacidades de parentalidad reflexiva y mentalización, evidenciadas en una mejor comprensión de sus propios estados emocionales y de los del niño, niña o adolescente, favoreciendo respuestas de cuidado más sensibles y ajustadas a sus necesidades.

9. MÓDULO
AGENCIA Y BIENESTAR PERSONAL

Propósito:

Favorecer la capacidad de agencia personal y el bienestar integral de niños, niñas y adolescentes.

Criterios de inclusión:

Todos los niños, niñas o adolescentes participantes del Programa.

Focos de trabajo:

1. Fortalecimiento de la capacidad de agencia y resiliencia.
2. Creación de sentido de propósito y nuevas trayectorias de vida.

Metodologías:

- Sesiones presenciales[38] en modalidad grupal o individual con el/la niño, niña o adolescente.
- Utilización de técnicas lúdicas, gráficas, corporales.

El módulo será realizado por el/la profesional de la Tríada, que -en conjunto y de manera consensuada- ésta defina.

1.Fortalecimiento de la capacidad de agencia y resiliencia.

El Módulo propone la creación de un espacio de acompañamiento terapéutico -grupal o individual- con niños, niñas o adolescentes que favorezca el desarrollo y/o fortalecimiento de la capacidad de agencia personal, la cual se considera uno de los factores centrales para el desarrollo de la resiliencia (White, 2016).

Teniendo como marco el bienestar integral de niños, niñas y adolescentes, el sentido de agencia y la resiliencia están intrínsicamente relacionados con el sentido de propósito, realización e identidad. En este marco, el concepto de agencia de niños, niñas y adolescentes será entendido como su capacidad para actuar intencionalmente, tomar decisiones y transformar su entorno, relevando su condición de sujetos activos de derechos.

La capacidad de agencia conlleva también una dimensión de empoderamiento, lo que implica el hacerlos conscientes de que su voz y opinión cuenta, fortaleciendo su confianza y capacidad de logro y superar desafíos. Es importante destacar que la participación de los niños, niñas y adolescentes en la toma de decisiones es en sí misma terapéutica y puede mostrar efectos positivos en su salud, aumentar la efectividad de las intervenciones y agregar temáticas y problematizaciones más realistas con respecto a sus necesidades (Vis et al., 2011).

Por otra parte, en sintonía con el módulo anterior, el módulo refuerza la construcción del desarrollo autobiográfico de los niños, niñas y adolescentes, a partir de las áreas que han permanecido indemnes, así como también promueve la exploración de sueños, metas, objetivos, deseos y recursos personales que hacen que vayan desarrollando y/o fortaleciendo la confianza en sí mismo y en los desafíos del futuro, la participación y capacidad de agencia, vital para la construcción de trayectorias positivas de vida.

Muy útil es el trabajo en mentalización con el niño/a o adolescente para reconectar con el disfrute del juego, ya que además de ser un medio para expresar su mundo interno de manera natural, sirve de andamiaje para interiorizar dinámicas de control y agencia personal. El trabajo terapéutico en esta línea sirve de andamiaje para que el niño/a o adolescente pueda utilizar mejor las relaciones de apoyo tanto dentro como fuera de la terapia.

[38] Se espera que el módulo se desarrolle en modalidad presencial, sin embargo, en el evento de que éstas deban ser remotas, ello debe estar justificado técnicamente, como por ejemplo debido a la inaccesibilidad o difícil acceso al domicilio de la familia.

Para el logro de todo lo anterior, se sugieren sesiones grupales o individuales en las cuales se revise en conjunto una línea de tiempo que incluya pasado, presente y futuro. Las herramientas de las que dispone el/la profesional para favorecer la emergencia de narrativas positivas y resilientes, entre otras, son las siguientes:

- Diarios testimoniales.
- Autobiografías escritas y/o verbalizadas.
- Líneas de Vida.
- Fotografías.
- Collages.
- Dibujos o pinturas, otras manualidades.
- Juego libre y/o simbólico.
- Preguntas gatilladoras y/o evocadoras.

A continuación, se presentan algunas preguntas evocadoras, directivas, o ejercicios que promueven el desarrollo del sentido de agenciamiento, los cuales deben ser adaptados al ciclo vital de cada niño, niña o adolescente:

En sesiones/entrevistas orientadas al pasado:

- ✓ Escribe/cuenta/grafica una historia divertida sobre ti y tu vida.
- ✓ Recuerda momentos agradables, en los que te hayas sentido bien y a gusto.
- ✓ Cuáles han sido los hechos o situaciones más importantes de tu vida.
- ✓ Evoca algún momento en que te resultó algo que querías que te saliera bien.
- ✓ A qué personas significativas has querido/te han querido.
- ✓ En qué tipos de situaciones te has sentido en control de ti mismo.
- ✓ Qué experiencias te han marcado para ser quien tu eres en la actualidad.
- ✓ En qué momento te diste cuenta que eras bueno/a para…..

En Sesiones/entrevistas orientadas al futuro:

- ✓ Imagina un futuro en que ya se ha resuelto una situación que te complica. ¿Qué estás haciendo? ¿Con cuáles personas te rodeas?
- ✓ Tienes algún sueño que te gustaría realizar más adelante
- ✓ Cuáles de tus talentos/actividades te gustaría cultivar mientras sigas creciendo.
- ✓ Qué actividad/hobbie te gustaría comenzar a realizar el próximo mes/año.
- ✓ Cuáles lugares te gustaría visitar.
- ✓ Qué actividades visualizas te resultan bien en un año más.
- ✓ Qué es lo que disfrutas y no estás realizando.
- ✓ Qué no has hecho hasta ahora…que te gustaría hacer diferente.

En definitiva, lo que se busca a través de este módulo es que el niño, niña o adolescente **sea protagonista e incremente su capacidad de agenciamiento, una visión de sí mismo positiva a futuro, proyectándose con esperanza y autoeficacia**. Esto incluye explorar metas y sueños, identificar recursos personales y sociales que puedan apoyar estos objetivos, y desarrollar una mayor confianza en su capacidad para enfrentar desafíos. Esto cierra el ciclo terapéutico con un enfoque en la resiliencia y la capacidad de construir nuevas trayectorias de vida, por lo que se espera que el módulo se ejecute en la fase intermedia a final del proceso.

2.Creación de sentido de propósito y nuevas trayectorias de vida.

La evidencia muestra que experimentar emociones positivas como gratitud, placer, amor o interés, aumenta a corto plazo la vivencia de experiencias subjetivas positivas, realza el afrontamiento activo y promueve la desactivación fisiológica tras sucesos traumáticos, mientras que, a largo plazo, minimiza el riesgo de depresión y refuerza los recursos de afrontamiento. Por ello, el Módulo incorpora técnicas asociadas a estimular la creatividad y experimentar momentos/ejercicios novedosos en la vida del niño, niña o adolescente que estimule la creación de sentido o nuevos significados respecto de sí mismo, su corporalidad, relaciones y vida social.

Autores e investigadores actuales (Hamby, 2025; Sapien, 2024) afirman que el sentido de vida se encuentra por medio de los valores y actividades creativas, experienciales o vivenciales, aquellas que estimulen la emergencia de discursos/relatos sobre si mismos antes no expresados y visualicen caminos de desarrollo desconocidos para un/a niño, niña o adolescente.

Algunas de las técnicas que se sugieren para acompañar la creación de propósito y nuevas trayectorias vitales son las siguientes:

- Variadas técnicas de respiración.
- Mindfullnes.
- Ejercicios de meditación.
- Arteterapia.
- Contacto con entornos verdes.
- Expresiones lúdicas (caja de arena, juegos de tablero, etc)
- Intervenciones sensoriales.
- Expresiones artísticas (creación de poemas, cuentos, canciones, etc)
- Terapias corporales.
- Yoga.

Estas técnicas permiten explorar nuevas dimensiones del sí mismo, ofreciendo oportunidades para regular los afectos, restablecer dinámicas de control y agencia, y abrir trayectorias dotadas de significado por los mismos participantes, en un contexto seguro donde el/la niño/a o adolescente puede explorar y dar sentido a sus experiencias de forma gradual, respetando su propio ritmo.

Lo anterior, abre posibilidades insospechadas e inicia procesos creativos que animan el crecimiento, destacando respecto del acompañamiento terapéutico que brinda el Programa, la búsqueda activa de sentido, realización personal y satisfacción con la vida.

Se espera lograr:

Los adultos cuidadores desarrollan mayores capacidades de parentalidad reflexiva y mentalización, evidenciadas en una mejor comprensión de sus propios estados emocionales y de los del niño, niña o adolescente, favoreciendo respuestas de cuidado más sensibles y ajustadas a sus necesidades.

10. MÓDULO
MEJORAMIENTO DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Propósito:

Favorecer una mejora en los aspectos relacionales y de comunicación al interior de la familia.

Criterios de inclusión:

Adultos a cargo del cuidado del niño/a o adolescente o grupos familiares que requieran mejorar su funcionamiento interno que les permitan reducir las variables subyacentes a la situación de desprotección.

Focos de trabajo:

1.Vínculos positivos entre los miembros del grupo familiar y confianza relacional. 2.Recorrido terapéutico y estrategia de cambio.

Metodología:

• Sesiones presenciales[39] con niños, niñas, adolescentes y el grupo familiar.

El módulo será realizado por el/la profesional de la Tríada, que -en conjunto y de manera consensuada- ésta defina.

1.Vínculos positivos entre los miembros del grupo familiar y confianza relacional.

El Módulo aborda una de las variables que cuenta con mayor evidencia respecto de superar situaciones de desprotección que afectan a niños, niñas y adolescentes y prevenir la recurrencia de violencia: el fortalecer la comunicación y funcionamiento familiar. Una buena calidad de las relaciones familiares contribuye a restablecer la confianza vincular entre sus miembros y hacer del hogar donde diariamente convive la familia un espacio seguro, libre de violencia y que favorezca el bienestar colectivo.

Para este módulo, se sugieren que el/la o los/as profesionales con formación en intervención familiar, sean los que estén encargados de su ejecución. Así, diseñan y organizan las sesiones de trabajo en las cuales es relevante que participen los distintos miembros del grupo familiar. El lugar donde se realicen estos encuentros es un asunto a convenir entre los participantes, resguardando que éste sea un sitio confortable y que ofrezca la privacidad necesaria para el abordaje de temas íntimos y sensibles, pudiendo ser el domicilio familiar si la familia así lo desea.

Así, las conversaciones generativas que los/as profesionales intencionan apuntan a conocer con más detalle las características y variables que subyacen al funcionamiento familiar, co-construyendo objetivos y estrategias consensuados con todos/as los participantes de las sesiones en orden de propiciar los cambios deseados que harán una diferencia en la convivencia cotidiana.

2.Recorrido terapéutico y estrategia de cambio.

A fin de mejorar el funcionamiento de la dinámica familiar, se sugiere un recorrido terapéutico a través de tres pasos:

PASO 1: Reconocimiento de las dinámicas familiares pasadas y presentes.

Algunos de los elementos importantes de explorar por parte de los/as profesionales son:

- Poner el foco en cómo la familia ha resuelto y resuelve conflictos.
- Estilos de comunicación.

[39] Salvo excepciones debidamente justificadas.

- La habilidad para detectar las necesidades de afecto o atención.
- Lo “no dicho”.
- Momentos o hitos alegres que han experimentado como grupo.
- Miembros que aparecen rezagados, sin voz. Temas de jerarquía.
- Presencia de alianzas, lealtades entre los miembros.
- Estilos disciplinarios (democrático, autoritario, otro)
- Creencias religiosas y morales en torno a la crianza y el “ser familia”.
- Manejo del estrés y las crisis.

Es relevante también reconocer aquellos elementos que resultan conflictivos para la familia, a fin de mejorar su ambiente interno/emocional, motivando e inspirando esperanza para que ello suceda. En este punto, el abordaje de los denominados ciclos coercitivos no mentalizantes (Asen y Fonagy, 2021) resulta útil para apoyar a la familia a aumenta su conciencia sobre los estados mentales propios y ajenos, mediante la identificación de estos patrones relacionales recurrentes.

Los ciclos coercitivos no mentalizantes son momentos en los cuales se interrumpe drásticamente la mentalización, y representan patrones de interacción que, una vez iniciados, tienden a escalar (Morán-Kneer y Duarte, 2025). **Se definen por una ruptura sostenida en la capacidad de comprender los estados mentales propios y ajenos**, impidiendo interpretar con precisión el comportamiento del otro y brindar respuestas ajustadas a las necesidades relacionales (Asen & Fonagy, 2012; 2021; Fearon et al., 2006, en Gabriel-Vacher, 2025). Por ello, ayudar a las familias a identificar estos patrones resulta clave (ver paso 2).

Paso 2: Co-construcción de un plan de cambio.

Se propone la práctica de las Conferencias Familiares[40], que destaca lo importante y central que resulta abordar y resolver las temáticas proteccionales que afectan a los/las niños, niñas y adolescentes contando con la completa participación y compromiso de la familia en los procesos de deliberación y toma de decisiones.

Esto incrementa la colaboración entre la familia y sistema proteccional, y hace posible incentivar y asegurar el establecimiento y concreción de objetivos comunes y consensuados. Para ello, el/la profesional debe generar las condiciones que promuevan un ambiente donde todos los miembros se sientan cómodos, expresando, sus inquietudes/preocupaciones, pensamientos y sentimientos.

Algunos de los principios que fundamentan este modelo son poner el foco en las fortalezas de las familias para la resolución de conflictos y la democratización del proceso de toma de decisión proteccional, atendiendo al hecho de que las familias conocen sus propias historias y las pueden utilizar para construir planes. Esto en el entendido que un plan de cambio elaborado en complicidad con la familia tiene mayor posibilidad de ser implementado a un plan elaborado sólo por profesionales.

[40] Basada en el Modelo de Family Group Decisión Making, cuya teoría de cambio se basa en que al dar voz a la familia a partir de un proceso formal dentro del continuo proteccional, estas pueden tomar mayor relevancia en la búsqueda de soluciones. Esto incrementa la colaboración familia – sistema proteccional y puede asegurar la concreción de objetivos comunes. (Lalayants et al, 2022).

Por tanto, resulta pertinente que los/as encargados del módulo motiven a la co-construcción de objetivos de cambio junto a la familia, orientados a superar las variables de desprotección presentes y mejorar el funcionamiento familiar en general. Algunos temas que deben ser incluidos en estos objetivos son:

- Incrementar mentalización entre los miembros del grupo familiar.
- Conservar lo que funciona, lo que va bien, lo que hacen bien.
- Priorizar capacidades y habilidades a fortalecer de cada miembro del grupo.
- Detectar y valorar las necesidades individuales y de la familia en su conjunto.
- Identificar que desean y les hace sentido cambiar.
- Identificación de patrones coercitivos no mentalizantes y su abordaje.

Respecto al último punto, luego de haber identificado y explorado aquellos patrones coercitivos que se repiten en la dinámica familiar, muchas veces sin ser notados, éstos pueden ser mentalizados junto a la familia en el ´aquí y ahora´ (Morán-Kneer y Duarte, 2025).

Para ello se proponen 3 ejercicios secuenciales (Morán-Kneer y Duarte, 2025):

- Notar, nombrar y verificar: El/la profesional propone una pausa y ralentiza el momento, señalando que algo está ocurriendo emocionalmente entre los miembros de la familia. Nombrar: Retrocede unos segundos y describe cuidadosamente la secuencia observable sin interpretarla, de manera descriptiva. Verificar: Comprueba si los miembros de la familia reconocen esta secuencia, lo cual es clave para la validación del proceso.

- Mentalizar el momento y verificar: El/la profesional invita a explorar los estados mentales subyacentes, mediante preguntas abiertas, hipótesis tentativas o invitaciones a tomar perspectivas.

- Generalizar o considerar cambio y verificar: Al final, se invita a la familia a explorar si esa dinámica se repite en otros momentos o contextos, sugiriendo nombrar el patrón, identificar sus funciones y explorar alternativas de respuesta.

PASO 3: Reestructuración funcionamiento familiar.

Las sesiones de trabajo, entonces, se diseñan y estructuran a partir de las necesidades y fortalezas definidas en el reconocimiento de dinámicas y el establecimiento de objetivos conjunto trabajando para promover un cambio en patrones de interacción repetitivos y disfuncionales que constituyen al grupo familiar y se asocian a interacciones violentas y de desprotección.

Así, uno de los principales procesos a realizar con las familias es la modificación/acompañamiento en las pautas relacionales de comportamientos problemáticos/conflictivos con énfasis en las necesidades y dinámica de estos problemas, acompañando en la práctica de nuevas conductas y estrategias desplegadas. Asimismo, se orienta el acompañamiento al descubrimiento de pautas de relación que sostienen comportamientos saludables, en términos de comunicación, apego, estilos de crianza u otros, favoreciendo el reconocimiento de aspectos favorables en la dinámica familiar.

Si bien cada proceso cuenta con características particulares, se espera que en términos generales se promueva el desarrollo de habilidades y comportamientos en la familia para mejorar su funcionamiento, tales como:

- Estrategias de regulación emocional y habilidades de autocontrol.
- Interpretar las conductas del niño/a desde un marco de mentalización.
- Reducción de comportamientos violentos.
- Manejo de la rabia y ansiedad.
- Incentivar el pensamiento flexible/alternativo.
- Estrategias seguras y efectivas de disciplina.
- Habilidades para la resolución de problemas familiares.

Los/as profesionales apoyan a la familia en el ensayo e implementación de acciones y estrategias, evaluando en conjunto las nuevas conductas, patrones de interacción y estilos de comunicación/relación. Junto con ello, acompañan el proceso de consolidación de un ambiente familiar más seguro, estable y saludable.

Se espera lograr:

Se observa una mejora en las dinámicas relacionales y comunicacionales al interior de la familia, evidenciada en interacciones más respetuosas, mayor capacidad de diálogo y resolución constructiva de conflictos.

A modo de síntesis, se presenta un **cuadro resumen** que contiene los ejes centrales de la etapa de ejecución modular con los 10 módulos:

MÓDULO	PROPÓSITO	FOCO DE TRABAJO	METODOLOGÍA	RESULTADO ESPERADO
PROTECCIÓN	Asegurar condiciones mínimas de seguridad para iniciar/continuar procesos de recuperación.	Estabilización proteccional, contexto seguro y activación de medidas urgentes.	Entrevistas con cuidadores, coordinación redes intersectoriales, participación de niños/as.	Condiciones basales de seguridad y protección que sustentan el proceso terapéutico.
VINCULACIÓN COLABORATIVA	Favorecer relación de confianza y colaboración con el equipo terapéutico.	Construcción del vínculo, confianza epistémica y reparación de rupturas relacionales.	Entrevistas individuales, familiares y vinculares bajo un clima acogedor y validante.	Participación activa y positiva en el proceso terapéutico, consolidación vínculo positivo.
INTERVENCIÓN EN CRISIS	Brindar contención y respuesta inmediata ante situaciones críticas emergentes.	Manejo de crisis, activación de recursos, resiliencia y estabilización.	Intervenciones breves, contención y co-regulación emocional, activación de redes.	Respuesta y apoyo oportuno para el logro de la estabilización del sistema familiar.
FORTALECIMIENTO VINCULACIÓN CON COMUNIDAD E INTERSECTOR	Robustecer la conexión con soportes para disminuir nivel de desprotección.	Articulación con redes, ambientes mentalizantes y habilidades de vinculación.	Acompañamiento en terreno, asesoría gestiones y coordinación intersectorial.	Gestiones eficaces, respuesta oportuna y pertinente de soportes de apoyo.

ELABORACIÓN VIOLENCIA Y TRAUMA (NNA)	Facilitar la elaboración de experiencias de violencia/trauma.	Narrativa y procesamiento experiencia, integración identitaria.	Terapia individual, vincular y técnicas lúdicas/expresivas.	Integración del trauma en proceso identitario, proyección positiva del futuro y de sí mismo.
ELABORACIÓN EXPERIENCIA TRAUMATICA CON CUIDADORES	Abordar y contener impacto del trauma en cuidadores no agresores.	Soporte emocional y psicoeducación en trauma.	Sesiones individuales y grupales con cuidadores.	Fortalecimiento de recursos personales y parentales, mejora de dinámicas relacionales
VIOLENCIA INTERGENERACIONAL	Interrumpir transmisión de patrones de violencia entre generaciones.	Factores protectores y reflexión sobre historia de crianza.	Intervención individual con cuidadores.	Disminución de prácticas violentas y promoción del buen trato.
MENTALIZACIÓN Y PARENTALIDAD REFLEXIVA	Contribuir a comprender estados mentales propios y de quien se cuida	Mentalización y estrategias para ejercer una crianza consciente.	Sesiones individuales, grupales y vinculares.	Respuestas parentales más sensibles y ajustadas.
AGENCIA Y BIENESTAR PERSONAL	Promover mayor autonomía, facilitando el bienestar integral en NNA.	Construcción de vínculos positivos, potenciar recursos y proyecto de vida.	Intervenciones individuales y grupales con técnicas expresivas.	Autonomía en toma de decisiones, creación de sentido de propósito.
MEJORAMIENTO DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	Mejorar relaciones y comunicación familiar.	Vínculos positivos y estrategias de cambio.	Sesiones familiares en proyecto y en domicilio.	Nuevas pautas de relación más saludables, resolución no violenta de conflictivos.

Cierre de la etapa de ejecución modular y evaluación sistemática del PII-U

Como se mencionó anteriormente, la ejecución de cada uno de los módulos presentados durante esta etapa responde a las necesidades y características particulares de los niños, niñas, adolescentes y sus familias participantes del Programa, entendiéndose que no siempre se deben activar todos los módulos en un caso particular. Por tanto, el devenir del proceso de acompañamiento profesional que se brinda asume formas rizomáticas siempre únicas, e incluso, el momento de desarrollo de los contenidos de cada módulo será distinto en cada caso.

Los contenidos asociados a los módulos que se definan al inicio son ordenados y monitoreados mediante los sucesivos Planes de Intervención Individual Unificados (PII-U) que evolucionan y se van actualizando conforme avanza el proceso, el cual apunta -en términos generales- a la disminución del nivel de desprotección, prevención de la recurrencia de violencia y pronta restitución de derechos vulnerados.

A continuación, se presentan aspectos relativos a la evaluación de proceso mediante el PII-U, el cual guía el acompañamiento terapéutico desde y durante la etapa de ejecución modular, hasta su finalización.

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

La implementación de la evaluación del PII-U es responsabilidad de la Tríada de Acompañamiento Terapéutico y es una acción de suma relevancia, por cuanto permite evaluar, **junto al niño, niña o adolescente y su familia**, desde una **perspectiva formativa y de fortalezas,** su proceso de acompañamiento ex - dure y ex – post. Esto, considerando dos momentos: (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/la niño/a o adolescente y su familia durante la etapa de ejecución modular.**

Esta evaluación se orienta a la revisión de los avances y realización de eventuales reformulaciones respecto del Plan de Intervención Individual Unificado hecho a la medida de cada niño, niña, adolescente y su familia, en atención a los resultados del acompañamiento profesional prestado. Durante la revisión, se identifican en conjunto obstaculizadores y/o nuevos hallazgos que emerjan durante éste, para, si corresponde, ajustar dicho plan y tomar decisiones oportunas para su bienestar, siempre considerando los siguientes ámbitos: individual, familiar y redes intersectoriales y comunitarias.

Para ello, el equipo de la tríada de acompañamiento terapéutico (o el/la profesional que defina la tríada) debe organizar encuentros presenciales con el/la niño/a o adolescente y su familia, en las cuales se promoverá un **proceso de reflexión** que rescate las fortalezas y logros respecto de los procesos de recuperación y reparación de las experiencias de violencia, trauma y desprotección, con miras a disminuir el nivel de desprotección intermedia. Asimismo, se buscará identificar obstáculos que afecten el proceso y revisar en conjunto formas de abordarlos, aportando a su percepción de eficacia para enfrentar las dificultades que emerjan durante su paso por el Proyecto.

En materia de redes, es imprescindible que los logros, limitaciones e inconvenientes que han presentado en la atención del niño/a o adolescente sean compartidos con los co-garantes, mediante la realización de reuniones con aquellos que han participado, incorporando su visión y comprometiéndolos en el abordaje de las dificultades que se han levantado, para hacer sostenible el proceso de mejoras en los soportes y del funcionamiento familiar en general.

El ajuste o actualización del PII-U se realiza trimestralmente (a menos que el órgano derivante lo solicite con antelación a dicho plazo), siendo recomendable que, de manera complementaria, la Tríada de Acompañamiento Terapéutico sostenga reuniones técnicas con el/la Director/a con el fin de ampliar la mirada respecto de los avances del proceso y disminuir sesgos del equipo que se encuentra realizando el acompañamiento[41]. **Los resultados de la evaluación se deben remitir cada tres meses al órgano derivante, o en el plazo establecido por esta entidad**, lo anterior a través del Informe de Avance respectivo (Anexo N° 2), por lo tanto, es de suma relevancia que los **equipos registren cada una de las acciones que realizan.**

Será importante en el marco de este Programa abordar a nivel del/la **promotor/a reflexivo/a** eventuales situaciones que les ocurren a los/as profesionales que afectan los procesos de acompañamiento de los niño/as y familias, con foco en la 'persona del terapeuta'. Esto a fin de que la reflexión conjunta de los aspectos propios de los interventores y el impacto que les genera el trabajo pueda contribuir a su mayor bienestar y, conjuntamente, a despejar o reactivar procesos plasmados en el Plan de Intervención Individual Unificado.

Cabe destacar que todo evento relevante, ya sea una situación que vulnere los derechos del niño/a o adolescente u otra que surja durante el proceso de acompañamiento, debe ser informado de manera oportuna (de inmediato)

[41] No obstante, la evaluación del PII-U podrá realizarse toda vez que sea necesario, en atención a las circunstancias que afectan a la familia en su conjunto, a fin de ir ajustando los objetivos y estrategias para el acompañamiento en función de los logros o retrocesos que se observan en el proceso desarrollado.

al ente derivante. Un elemento importante a evaluar debe ser la participación y consideración de la voz del niño, niña o adolescente durante todo el acompañamiento.

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

La última evaluación del PII-U previo a la etapa de sostenibilidad de los cambios tiene por objetivo revisar junto con el/la niño/a o adolescente y su familia, si los objetivos y resultados esperados finales que contempló el Plan de Intervención Individual Unificado en cada uno de sus ámbitos de acción fueron alcanzados y en qué medida (nivel de logro).

Para iniciar la siguiente etapa de sostenibilidad de los cambios, la medición del PII-U se nutre con la evaluación ex post de la evaluación del logro de resultados de la etapa de ejecución modular con el niño/a o adolescente y su familia.

Algunos **criterios relevantes para dar paso a la siguiente etapa** son:

- Todos los/as participantes en conjunto (equipo + niño/a o adolescente y familia) evalúan que el nivel de desprotección disminuyó significativamente y el/la niño/a o adolescente se encuentra protegido,
- El/la niño/a o adolescente disminuyó el nivel de impacto producto de las situaciones vividas, mejorando su bienestar e integración social.
- El/la niño/a o adolescente ha elaborado o comenzado a elaborar (quedando en este caso conectado con las redes) propositivamente los acontecimientos asociados a violencia y/o trauma en su vida,
- El/los adultos a cargo cuentan con nuevas o fortalecen sus herramientas de cuidado y protección para con el/la niño/a o adolescente y su puesta en práctica ha mejorado la relación familiar,
- El entorno comunitario e intersectorial ha brindado nuevos soportes para la familia que los protege de la desconexión social y el incurrir en nuevas situaciones de violencia, y
- Otros que la tríada estime relevante en el caso particular.

La última evaluación del PII-U, al igual que las anteriores, debe realizarse con el/la profesional a cargo o con la tríada a cargo y especialmente con los niños, niñas y adolescentes y su familia o adultos a cargo, promoviendo su reflexión respecto del proceso que han llevado a cabo, mirando en retrospectiva las situaciones que originaron su ingreso al Programa y que propiciaron la ocurrencia de experiencias de violencia y desprotección que afectaron a los niños, niñas y/o adolescentes.

Junto con ello, se revisa en conjunto el camino recorrido, identificando los recursos que han movilizado, los aprendizajes obtenidos y las herramientas desarrolladas o fortalecidas que han incidido en las transformaciones en las dinámicas familiares y en el logro de los objetivos. Es importante que el equipo promueva una evaluación reflexiva desde una perspectiva formativa y de fortalezas, pero que, a la vez, ayude a los progenitores o cuidadores/as principales a identificar nudos que requieren atención para que no se reiteren situaciones que culminen en desprotección.

Asimismo, se debe verificar que las familias se encuentren conectadas con el sistema de protección social, salud y educación y que mantengan los soportes activados para apoyar sus tareas de cuidado, una vez que pasen a la siguiente etapa y cuando egresen del programa.

Finalmente, la Tríada de Acompañamiento Terapéutico debe convocar a una reunión técnica interna con el Director/a, con el propósito de disminuir la ocurrencia de sesgos y evitar puntos ciegos que pudieran presentarse e impactar negativamente en la evaluación del proceso de acompañamiento terapéutico, determinando de manera consensuada si los avances ameritan avanzar a la siguiente etapa.

Esta fase finaliza con un nuevo ajuste al Plan de Intervención Individual Unificado, con sus respectivos objetivos, para implementar durante la etapa de Sostenibilidad de los cambios, lo cual se reporta al ente derivante en el Informe de Avance que se emite cada tres meses.

En los casos en que la Tríada de Acompañamiento Terapéutico, en conjunto con el/la niño/a o adolescente y su familia, evalúan un nivel de cumplimiento por debajo de los resultados esperados, considerando que se hubieran aplicado las diferentes estrategias, metodologías y técnicas, se deberá determinar, idealmente en forma consensuada o con el apoyo de la mayoría de los miembros de la tríada de acompañamiento terapéutico, la permanencia en la etapa de ejecución modular por un plazo máximo de 3 meses adicionales, **lo cual debe implicar un cambio en la estrategia de abordaje**, debiendo incorporarse en el respectivo ajuste del PII-U.

Finalmente, es preciso señalar que más allá de los plazos legales y técnicos existentes, la evaluación de los procesos de acompañamiento terapéutico con todos los niños/as o adolescentes y familias junto a la tríada de acompañamiento terapéutico debe ser **sistemática y flexible**, incorporando **procesos reflexivos y co-construidos** con los/as participantes del Programa. Ello, centrado en el bienestar del niño/a o adolescente y en la disminución e interrupción de la situación de desprotección que le afectaba al ingreso, lo que implica una revisión de los avances del proceso, sus dificultades, y la toma de decisiones oportunas que se plasmen con estrategias y acciones concretas a realizar, guiadas por el PII-U.

6.5.4 ETAPA 4: SOSTENIBILIDAD DE LOS CAMBIOS

Una vez exista consenso, en la última revisión del PII-U, entre todos los actores que han participado del acompañamiento terapéutico que se cumplen las condiciones y se hayan alcanzado los objetivos, comienza la etapa de sostenibilidad de los cambios, etapa previa al egreso del Programa. La etapa tiene un **doble propósito**: En primer lugar, **verificar que los cambios** producidos en la situación de desprotección intermedia que afectaba al niño, niña o adolescente y su familia **son sustentables** en el tiempo y, en segundo lugar, **acompañar el tránsito** del niño/a o adolescente y su familia hacia el **egreso** del Programa.

Esta etapa tiene una duración de **3 meses** a partir del término de la fase de ejecución modular. Si bien esta etapa apunta a garantizar la sostenibilidad de los logros del proceso, el modo en que se desarrolla no está predeterminado, sino que es siempre singular, respondiendo a la mirada rizomática del Programa.

Cabe señalar, que esta etapa es parte del proceso de acompañamiento terapéutico con el niño/a o adolescente y su grupo familiar, siendo más que un seguimiento, sino que se trata de un **monitoreo activo**. Para lograr este objetivo, los profesionales responsables continúan trabajando, ahora desde un rol de apoyo a la consolidación de los factores protectores que contribuyeron a la disminución del nivel de desprotección intermedia.

En esta etapa, los profesionales responsables realizan una **nueva actualización del PII-U** con fines de acompañamiento terapéutico y monitoreo activo en la fase de sostenibilidad de los cambios, lo que debe realizarse siempre en conjunto con todos los participantes del Programa y debe contener objetivos, actividades

presenciales (no sólo contactos telefónicos) ya sea en el domicilio familiar como en dependencias del proyecto, plazos y responsables. Cabe señalar, que los objetivos que se planteen durante esta etapa guardan directa relación con el **grado de avance logrado en cada uno de los Módulos trabajados**, contribuyendo a la mantención y/o fortalecimiento de los avances respecto del abordaje realizado en la etapa anterior.

De esta manera, las/los profesionales acompañan la consolidación en cambios favorables producidos respecto de la situación proteccional, la obtención de mejoras en los soportes comunitarios y del intersector, los cambios producidos en la sensación de malestar y sintomatología a causa de experiencias de violencia/trauma, tanto en adultos a cargo del cuidado como en el/la niño, niña o adolescente, desde una mirada con énfasis en los recursos, y aspectos de crecimiento postraumático, integrando en sus identidades narrativas positivas de desarrollo. También, se acompañan y refuerzan los cambios relativos al mejoramiento del funcionamiento familiar, reafirmando estilos de relación saludables, comunicación efectiva, crianza bien tratante, adecuada mentalización entre los miembros, entre otros temas relevantes.

La consolidación de inserciones efectivas en soportes comunitarios e intersectoriales es importante en orden de fortalecer un tejido social que brinde contención y sea nutricio. El Módulo relacionado con la vinculación colaborativa se mantiene plenamente vigente en esta etapa y hasta el final del acompañamiento, mientras que el relacionado con la estabilización de las crisis se activará en la medida que existan situaciones que así lo ameriten. La sostenibilidad de los cambios debe ser evaluada relevando los logros y las fortalezas del grupo familiar, así como también reforzando herramientas basadas en la parentalidad reflexiva frente a situaciones de conflicto teniendo siempre al centro la protección de los niños/as y adolescentes.

El cumplimiento exitoso de esta etapa dará lugar al egreso; por el contrario, un proceso no exitoso, es decir, cuando los cambios alcanzados durante el proceso de acompañamiento terapéutico no sean sostenibles por sí mismos, conllevará, por esta eventualidad y excepcionalmente, a la solicitud de ampliación del plazo al ente derivante, u otras medidas hasta el logro de los objetivos, lo cual requiere una resolución u oficio fundado del Tribunal de Familia u Oficina Local de la Niñez. Esto último, en el caso que se evalúe un aumento en el nivel de desprotección hacia el niño/a o adolescente y/o existen cambios en la figura de cuidado que no permiten protegerlo adecuadamente, lo cual incrementa la situación de desprotección (a una avanzada). Generalmente, si se evaluó correctamente el paso de la etapa de ejecución modular hacia la etapa de sostenibilidad de los cambios, el comportamiento en esta etapa debiera ser acorde a dicha evaluación (que los cambios sean sostenibles), a menos que la situación proteccional haya cambiado en demasía, con lo cual la Tríada de Acompañamiento Terapéutico en conjunto con el/la niño o adolescente y la familia debe replantearse el PII-U.

Por otra parte, el segundo foco del trabajo en esta etapa será acompañar al niño/a o adolescente y la familia en el tránsito hacia el cierre del proceso, **facilitando la transición hacia un egreso donde la familia pueda continuar sin el acompañamiento del Programa**, abordando las emociones que surjan en este período y promoviendo una desvinculación progresiva con los niños/as o adolescentes, sus familias y otros participantes.

Al respecto, y dado el **marco de promoción de equipos reflexivos** de este Modelo, es fundamental incorporar también la mirada de lo que le ocurre a los/as profesionales en el proceso de desvinculación, tanto en instancias internas de reunión de la Tríada de Acompañamiento Terapéutico, como con el equipo del modelo, con el/la **directora/a** como guía y/o con el/la **promotor/a reflexivo**, a fin de abordar el malestar y emociones que podrían influir en el proceso.

Finalmente, la etapa culmina con la confirmación por parte de la Tríada en conjunto con los participantes (niño/a o adolescente y familia) respecto de que los cambios acontecidos son sostenibles en el tiempo y es posible que la familia continúe su tránsito, ahora sin acompañamiento del Programa. Lo anterior dado que, a propósito del acompañamiento terapéutico brindado, existe un contexto de protección favorable para el niño/a o adolescente y soportes familiares y sociales (comunitarios e intersectoriales) que apoyarán a la familia en adelante. Lo anterior, se informa al ente derivante mediante el último informe de avance.

6.5.5 ETAPA 5: CIERRE Y EGRESO

Esta última etapa tiene una duración de **3 semanas** y es liderada por el/la Director/a del Modelo Terapéutico Integrado. Ésta se inicia cuando se han evaluado como logrados los objetivos del PII-U en la etapa anterior. Es así, como la Tríada de Acompañamiento Terapéutico debe **elaborar el Informe de Egreso** (según formato adjunto en Anexo N°3), el cual se remite al ente derivante (TF u OLN) junto con la solicitud de egreso del niño/a o adolescente de los programas que componen el Modelo Terapéutico Integrado.

El proceso de egreso propiamente tal, en tanto hito de cierre del proceso de acompañamiento terapéutico, se concreta con la respuesta positiva del ente derivante, debido a que se evalúa que el nivel de desprotección inicial ha sido superado (disminuido, interrumpido), adquiriendo la familia en su conjunto nuevas herramientas y cambios que son sostenibles sin acompañamiento.

En cuanto a las acciones a desarrollar en esta etapa, lo primero es la realización de una **reunión de la Tríada de Acompañamiento Terapéutico**, en la cual participan los/as profesionales encargados del proceso de acompañamiento terapéutico. El propósito de este encuentro es realizar una evaluación general del caso y marcar el hito de cierre del trabajo complementario desarrollado en torno al mismo.

Esta instancia reflexiva permite visualizar, en su conjunto, los procesos de acompañamiento en retrospectiva, aportando por una parte a planificar un mejor cierre de este proceso y, por otro, a la mejora continua de otros procesos de acompañamiento con los/las niños, niñas, adolescentes y familias. De esta manera, se busca reforzar relaciones laborales entre profesionales que trabajaron simultáneamente conformando Tríadas de Acompañamiento Terapéutico. Por otra parte, esta reunión hace posible consensuar los contenidos y antecedentes que se le darán a conocer al ente derivante, mediante el Informe de Egreso.

La instancia técnica antes descrita, debe definir acuerdos respecto de los medios y responsables de informar a las contrapartes de las redes del intersector y comunitarias con las que el/la niño, niña o adolescente y su familia quedaron vinculados durante el proceso, de modo que éstos mantengan su rol de soporte a la familia y asegurar el ejercicio de derechos del niño/a o adolescente.

En segundo lugar, la Tríada de Acompañamiento Terapéutico convoca a una última **sesión de cierre con el/la niño, niña o adolescente y su familia**, cerrando formalmente el proceso de acompañamiento, proveyendo un espacio donde puedan compartir impresiones, emociones y pensamientos, conteniendo los sentimientos asociados al egreso de los programas del Modelo Terapéutico Integrado.

En esta instancia, los/as profesionales responsables convocan a una última reflexión respecto del camino recorrido, mirando en retrospectiva las situaciones que originaron el ingreso al programa, y destacando la

identificación de recursos que han movilizado, los aprendizajes obtenidos y las herramientas desarrolladas, las cuales han incidido en las transformaciones en las dinámicas familiares y en el logro de los objetivos del proceso.

Adicionalmente, se podrán organizar ceremonias de egreso con grupos de niños, niñas o adolescentes y/o también con grupos de familias o adultos a cargo del cuidado, si se estima que contribuye al fortalecimiento de sus redes informales. Esto no siempre calzará en términos de tiempo con la fecha de egreso de un determinado niño/a o adolescente, pudiendo dejarlo invitado/a para la fecha más próxima.

En tercer lugar, el/la directora/a deberá **implementar un mecanismo de evaluación** que permita conocer el nivel de satisfacción del niño/a o adolescente (con metodologías acorde al curso de vida) y su familia respecto del proceso de acompañamiento, señalándole que su opinión es acogida y será considerada, y cuyos resultados han de ser incorporados en la mejora continua del Modelo Terapéutico Integrado.

En paralelo, los/as profesionales de la Tríada de Acompañamiento Terapéutico, mediante oficio del/la director/a del Modelo Terapéutico Integrado solicitan el egreso mediante el **Informe de Egreso**, elaborado en forma conjunta por la Tríada de Acompañamiento Terapéutico y habiéndose realizado las gestiones para la continuidad del acceso a prestaciones de la red intersectorial para el niño/a o adolescente y su familia.

Además de los apartados antes señalados, el informe debe dar cuenta de los logros alcanzados en la etapa de ejecución modular, señalando los módulos en que participó el niño/a o adolescente y su familia, esquematizando el camino rizomático que recorrieron en su paso por el Modelo terapéutico Integrado, con énfasis en los logros y en los desafíos. Además, debe dar cuenta de la etapa de sostenibilidad de los cambios, es decir del cumplimiento de los objetivos propuestos en el último ajuste del Plan de Intervención Individual Unificado respecto de cada ámbito de intervención (individual, familiar y comunitario), utilizando para ello los criterios de logro establecidos en forma conjunta. Además, el Informe de Egreso compara la situación ex ante respecto de las cuatro dimensiones valoradas en el Informe de Diagnóstico Clínico Especializado y la situación de éstas al cierre del acompañamiento, consignando los cambios en todas las variables incluidas en cada dimensión.

Sumado a lo anterior, a objeto de dar por finalizado oficialmente el proceso, el/la Director/a **remitirá el Informe de Egreso al ente derivante** (tribunal u OLN) solicitando el egreso, el cual se materializa con la respuesta favorable de la instancia correspondiente. Con ello, se debe **realizar el egreso del Sistema Informático del Servicio**, acción que marca el término administrativo del proceso del niño/a o adolescente. La copia del informe que se remite al ente derivante queda en la carpeta digital del niño/a o adolescente.

Finalmente, en el caso de que el egreso de este programa implique que el niño, niña o adolescente egresa de toda la oferta especializada del Servicio, la Tríada a cargo deberá informarle junto a su familia 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.

6.6 MATRIZ LÓGICA

La presente matriz lógica considera indicadores, sus correspondientes fórmulas de cálculo, resultados esperados y medios de verificación, asociados al objetivo general y objetivos específicos del Programa. En este contexto, el alcance de los resultados esperados y los medios que permitan su verificación, serán monitoreados por la Unidad de Evaluación, y las Unidades Regionales de Supervisión y Fiscalización.

INDICADOR DE PROPÓSITO

OBJETIVO GENERAL	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	RESULTADO ESPERADO	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Contribuir a la reparación de las experiencias de desprotección intermedia con el/la niño, niña o adolescente y su familia en los multidominios definidos en la base técnica.	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que egresan del Programa de Intervención Reparatoria en el año t habiendo cumplido el 100% de los objetivos de su PII-U.	(N° de NNA egresados del Programa de Intervención Reparatoria en el año t con cumplimiento del 100% de los objetivos del PII-U/ N° de NNA egresados del Programa Intervención Reparatoria en el año t) *100	80%	Sistema Informático del Servicio, Carpeta Individual de Registro del Proceso de acompañamiento terapéutico.

INDICADORES DE COMPONENTE

OBJETIVO ESPECÍFICO	**INDICADORES**	**FÓRMULA DE CÁLCULO**	**RESULTADO ESPERADO**	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
Generar las condiciones para un contexto familiar seguro y protector para el niño, niña o adolescente en un espacio terapéutico que posibilite la vinculación sensible y colaborativa.	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes egresados del Programa de Intervención Reparatoria en el año t con el cumplimiento del 100% del objetivo del PII-U asociado al componente de seguridad.	(N° de NNA egresados del Programa de Intervención Reparatoria en el año t con el cumplimiento del 100% del objetivo del PII-U asociado al componente de seguridad / N° de NNA egresados del Programa Intervención Reparatoria en el año t) *100	85%	Sistema Informático del Servicio, Carpeta Individual de Registro del Proceso de acompañamiento terapéutico.
Favorecer la elaboración de las experiencias de violencia y/o trauma en los niños, niñas y adolescentes, contribuyendo a la recuperación y el crecimiento postraumático.	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes egresados del Programa de Intervención Reparatoria en el año t que cuentan con el cumplimiento del 100% del objetivo del PII-U asociado al componente de recuperación.	(N° de NNA egresados del Programa de Intervención Reparatoria en el año t que cuentan con el 100% de cumplimiento del objetivo del PII-U asociado al componente de recuperación/ N° de NNA egresados del Programa de Intervención Reparatoria en el año t) *100	85%	Sistema Informático del Servicio, Carpeta Individual de Registro del Proceso de acompañamiento terapéutico.

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

Con motivo de lo anterior, el Colaborador Acreditado deberá ajustarse a la normativa vigente, particularmente a lo referido 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 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 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 con 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 1) 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 la normativa vigente que regulan al Servicio y los proyectos ejecutados por Colaboradores Acreditados.

Cada Colaborador Acreditado deberá asegurar políticas de formación continua del personal contratado para la ejecución de los proyectos[42]. 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[43] 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[44] al interior de los equipos, con la finalidad de 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, 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 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.

[42] 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.
[43] "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.
[44] Ver Marco del Modelo Integrado de Intervención Reparatoria – Prevención Focalizada, letra E.

Para una adecuada ejecución técnica – financiera del **Programa de Intervención Reparatoria**, se considera una cobertura de **80 plazas convenidas** como referencia, con la siguiente distribución del equipo:

CARGO	ESTÁNDAR	JORNADA*
Director/a	1	Completa
Psicólogo/a	4	Completa
Trabajador/a Social	4	Completa
Promotor/a de Equipos Reflexivos[45]	1	16 horas mensuales
Secretaria/o Administrativa/o Contable	1	Completa
Auxiliar (Aseo, Estafeta)	1	Media

Cabe señalar, que esta composición del equipo del Programa de Intervención Reparatoria debe complementarse con la propuesta establecida en la Base Técnica del Programa de Prevención Focalizada, dado que ambos programas constituyen el Modelo Terapéutico Integrado PIR-PF.

El/la **Director/a** de la modalidad es un/a profesional de las ciencias sociales, con formación y experiencia en niñez y adolescencia y coordinación de equipos técnicos en materias afines que, en su rol de liderazgo técnico asuma la responsabilidad de promover una práctica de **Covisión reflexiva**[46] con apoyo del/la **Promotor/a Reflexivo** al interior del equipo que facilite la escucha, análisis y retroalimentación a los miembros del equipo, 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/as, 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/la profesional **Psicólogo/a y/o Trabajador/a Social** parte de la Tríada de Acompañamiento Terapéutico, deben tener formación clínica, así como formación y/o experiencia en acompañamiento terapéutico en la población participante del Programa, tanto a nivel individual, familiar, y con las redes, desde un enfoque y una práctica informada en trauma, conocimiento en trauma complejo, enfoque centrado en fortalezas y resiliencia, entre otros[47].

[45] Aplica profesional psicólogo/a o trabajador/a social con formación en modelos de supervisión con foco en lo reflexivo. Debe ser un/a profesional contratado para el proyecto y distinto al cargo de jefatura o referente técnico del Colaborador Acreditado.

[46] 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.

[47] Lo anterior se puede flexibilizar en territorios específicos donde exista dificultad de acceso a profesionales con formación y experiencia, por lo que al menos 1 integrante de la tríada deberá contar con lo indicado.

Son los responsables de realizar el proceso de acompañamiento terapéutico de niños, niñas y adolescentes y sus familias, así como ejecutar el PII-U, **participando en un máximo de 20 casos,** (contabilizando niños/as o adolescentes ingresados), **complementando sus saberes de manera flexible** con cada familia, mediante los distintos módulos disponibles en la etapa de ejecución modular. Esta cifra corresponde al total de casos de acompañamiento terapéutico dentro del trabajo complementario en Tríada.

En tanto, el/la **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.

En relación con el/la **Secretario/a administrativo/a contable**, se espera pueda aportar en la organización administrativa y contable del proyecto, procurando contribuir a que la gestión del funcionamiento permita el logro de los objetivos del modelo, manteniendo sensibilidad a la temática que abordan, toda vez que también efectuará labores en el acompañamiento a los niños, niñas y sus referentes familiares.

El o la **Auxiliar** (Aseo, Estafeta) del proyecto aporta desde su quehacer a mantener los espacios del proyecto lo más adecuado posible para que las intervenciones que realicen contribuyan a que los niños, niñas y adolescentes disminuyan su nivel de desprotección. Es importante relevar que los espacios cálidos y seguros contribuyen a la generación de una mejor y mayor vinculación. Además, está encargado de acciones relativas al movimiento de correspondencia con otras entidades y acompañamiento en actividades de índole territorial.

El colaborador acreditado debe gestionar la disponibilidad de funcionarios de apoyo como traductores, intérpretes y referentes interculturales, en caso de personas migrantes con idioma distinto al español, niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad o pertenecientes a pueblos originarios, entre otras situaciones que requieran de su apoyo.

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.

Sumado a lo anterior, el proyecto puede incluir otro tipo de profesionales para acompañar al equipo del Modelo integrado para trabajar con niños, niñas y adolescentes que presenten necesidades altamente desafiantes (por ejemplo, discapacidad o neurodivergencia), para lo cual el colaborador acreditado podrá solicitar la transferencia técnica de recursos para el acompañamiento al equipo ante este tipo de casos.

El equipo señalado en la presente tabla 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 importante reforzar la idea de que los/las integrantes que componen ambos programas del Modelo forman parte del Equipo del Modelo Terapéutico Integrado en su conjunto, en el cual cada uno/a realiza funciones específicas que aportan al acompañamiento terapéutico. Por lo tanto, todos y todas deben comprender el marco ético-conceptual en el cual desarrollan sus tareas y que la forma de vincularse colaborativamente con los niños/as y adolescentes y sus familias es parte fundamental de las prestaciones que otorgan los programas del Modelo PIR-PF.

7.2 INFRAESTRUCTURA

El inmueble donde se ejecuten los Programas del Modelo Terapéutico Integrado (tanto el programa de Intervención Reparatoria como de Prevención Focalizada) y del cual disponga el Colaborador Acreditado debe considerarse adecuado a las necesidades del Programa; destinado a la atención individual, familiar y grupal, con salas de entrevistas y un espacio común donde los/las profesionales puedan realizar el trabajo administrativo. Es importante señalar, que todos los espacios deben estar acondicionados para la atención de niños/a o adolescentes y familias, asegurando que éstos sean espacios cálidos y acogedores según lo descrito para efecto de la realización de reuniones presenciales u otras actividades. 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, este debe disponer de:

- Salas de atención a niños, niñas y 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[48], 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.
- Baños para el personal y para público accesible a niños/as y adolescentes y familias.
- Espacio de recepción y acogida
- Cualquier otro requerimiento indicado en el convenio, proyecto de funcionamiento y/o bases administrativas.

[48] Toda la información contenida en los computadores y en las carpetas digitales de NNA deben contar con un sistema de respaldo de información y documentación, cuya responsabilidad es del/la Director/a del proyecto.

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 usuarios/as.

Para efectos de la adecuada implementación del modelo, es importante considerar las características del territorio donde se insertará el proyecto, en coherencia con los criterios de pertinencia y cobertura territorial, es decir, la dispersión geográfica y el número de niños, niñas y adolescentes en el territorio. Como criterio orientador, se sugiere que el programa no abarque más de 2 comunas y que el territorio cubierto sea claramente reconocible por la comunidad. En los casos en que se extienda a más de una comuna, deberá verificarse la existencia de locomoción directa entre ellas, facilitando el desplazamiento tanto del equipo como de los participantes. Estos criterios deben complementarse con el análisis de la oferta existente en cada territorio y, fundamentalmente, con las necesidades de atención de los niños, niñas y adolescentes.

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. Estos estándares deben ser concordantes con lo señalado en los anexos de infraestructura de los procesos licitatorios y los requerimientos desde el ámbito de supervisión técnica.

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 adicionando 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 reciben, 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.

Toda la información de los niños, niñas y adolescentes participantes del proyecto corresponde a información calificada como confidencial y reservada, razón por la cual quien revele información a la que ha accedido en virtud de su función dentro de un proyecto podrá ser sancionado con la pena de presidio menor en su grado mínimo a medio (Art. 33, Ley N°21.302).

El registro de la información constituye un componente esencial del proceso de intervención, 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., & Fonagy, P. (2021). Mentalization-Based Family Therapy. En A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), Handbook of mentalizing in mental health practice (2nd ed., pp. 295-318). American Psychriatic Publishing.

Anderson, H. (2012). Relaciones de colaboración y conversaciones dialógicas: Ideas para una práctica sensible a lo relacional. Family Process, 51(1), 1–20.

Andersen, T. (1994). El equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos. Gedisa.

Arruabarrena, I. y Gutierrez Majón, T. (2021). Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil en los Servicio Sociales especializados en protección de menores en la comunidad autónoma de Galicia, Valora Galicia.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders.

Borelli, J. L., West, J. L., Chavira, D. A., et al. (2019). Maternal and Child Sexual Abuse History: An Intergenerational Exploration of Children's Adjustment and Maternal Trauma-Reflective Functioning.

Capella, C., Azocar, E., Gomez, C., Albornoz, S., Pitrón, D., Pizarro, R., Vega, M., Rodriguez, L. (2021). Cambio Psicoterapéutico en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Evaluación de la continuidad y caracterización del cambio posterior a la psicoterapia. Revista Terapia Psicológica, 39, (3). https://doi/10.4067/S0718-48082021000300329

Capella, C. y 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. ISSN 0718-6924. http://dx.doi.org/10.5027/

Capella, C., Lama, X., Rodríguez, L., Águila, D., Beiza, G., Dussert, D., y Gutiérrez, C. (2016). Winning a Race: Narratives of Healing and Psychotherapy in Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused. Child Sexual Abuse, 25:1, 73-92.

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

Cavanaugh, C., Harper, B., Classen, C., Palesh, O., Koopman, C., & Spiegel, D. (2015). Experiences of mothers who are child sexual abuse survivors: A qualitative exploration. Journal of Child Sexual Abuse, 24(5), 506-525

Cohen, J., Mannarino, A., Kliethermess, M., & Murray, L. (2012). Trauma focused CBT foy youth whit complex trauma. Child, Abuse and Neglent, 36, 528-541.

Cohen, J., Mannarino, A. & Deblinger, E. (2017). Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents.

Contreras, L., Pereda, N., Navarrete, G., y Pinto, C. (2025). Transformación tras la adversidad: Crecimiento postraumático en sobrevivientes de violencia sexual infantil. Anuario de Psicología Jurídica, 35 (1), 79-87.

Dangerfield, M y Carrasco, P. (2024). AMBIT Multi-Team training en Chile. Formación Oficial en Español Certificada por el Anna Freud Centre de Londres. Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales. Abril – Junio. 2024.

Earle, F., Fox, J., Webb, C., Bowyer, C. (2017) Reflective supervision: Resource Pack. Research in Practice. https://www.researchinpractice.org.uk/media/ 2d2dxwrn/reflective_supervision_resource_pack_2017.pdf

Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., & Fonagy, P. (2014). Maternal reflective functioning and meta-emotion: Contributions to children's emotion regulation.

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

Finkelhor, D. (2011) Crime, violence and abuse in the lives of children: Developmental Victimology. Presentación 5th Violence Prevention Milestones Meeting Cape Town, South Africa. Recuperado de: https://nanopdf.com/download/crime-violence-and-abuse-in-the-lives-of-children-developmental-victimology-davi_pdf

Gabriel-Vacher, N. (2025). Experiencias adversas tempranas en cuidadores de niños/as en psicoterapia por agresiones sexuales: su influencia en el proceso de cambio. Tesis doctoral, Universidad de Chile.

Gabriel-Vacher, N., Miranda, I., Olhaberry, M., Capella, C., Morán-Kneer, J., Nuñez, L., Meza, C. (2022). The adverse childhood experiences of caregivers of children who have been victims of sexual assault: their relationship with the parental alliance in child psychotherapy. Studies in Psychology, 43(3), 688-707. https://doi.org/10.1080/02109395.2022.2139347.

Gabriel-Vacher, N. y Capella, C. (2024a) Cuidadores descuidados: Análisis de las Orientaciones Técnicas de programas de maltrato y abuso sexual infantil. Ibero-American Journal of Psychology and Public Policy. Enlace: https://doi.org/10.56754/2810-6598.2024.0005

Gabriel-Vacher, N., y Capella, C. (2024b). Experiencias Adversas Tempranas y sus Efectos en la Parentalidad: una Revisión de Alcance. *Revista de Psicologia da IMED, 16*(1), 60-81. doi:https://doi.org/10.18256/2175-5027.2024.v16i1.5173

Gil, E. (2006). Helping abused and traumatized children. Guilford Press.

Gil, E. (2011). Art and play therapy with sexually abused children. En Cathy A. Malchiodi (Ed.), Handbook of art therapy (2nd ed., pp. 152-166). Guilford Press.

Gil, E. (2013). Children's self-initiated gradual exposure: The wonder of posttraumatic play and behavioral re-enactments. In E. Gil (Ed.), Working with children to heal interpersonal trauma: The power of play (pp. 44–63). Guilford Press.

Gil, E. (2017). Posttraumatic play in children: What clinicians need to know. Guilford Press.

Gómez, E., Cifuentes, B., Sieverson, C. (2010). Características asociadas al abuso sexual infantil en un programa de intervención especializado en Santiago de Chile. SUMMA Psicológica UST, 7 (1), 91-104.

Fonagy, P., Campbell, C., & Luyten, P. (2023). Alliance rupture and repair in mentalization-based therapy. In C. F. Eubanks, L. W. Samstag, & J. C. Muran (Eds.), Rupture and repair in psychotherapy: A critical process for change (pp. 253–276). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000306-011

Ford, J. D. (2021). A 10-year update on Developmental Trauma Disorder (DTD). European Journal of Psychotraumatology, 12(1).

Hamby, Sh., Guerra, C., Toro, E., Pinto, C. (2024). Advancing the science of adverse childhood experiences and resilience: A case for global and ecological perspectives. Child protection and practice Enlace: https://doi.org/10.1016/j.chipro.2024.100060

Hamby, Sh. (2025). Seminario Internacional: Polivictimización en infancias y sus estrategias de intervención con enfoque en resiliencia. Universidad de Chile. Recuperado de: https://uchile.cl/noticias/225196/polivictimizacion-en-infancias-y-sus-estrategias-de-intervencion

Herman, J. (1992). Trauma and Recovery. Basic Book. Nueva York.

Hernández, N. (2020). Dispositivos de intervención desde una mirada rizomática. Una posibilidad desde el trabajo social crítico. Capítulo del Libro "Materiales (des) Construcción. Neoliberalismo, Crítica e Intervención Social.

Lanctôt, N., & Turcotte, M. (2018). The 'good mother' struggles: Obstacles to the attainment of motherhood ideals among adult women formerly placed in residential care. Child and Family Social Work, 23(1), 80–87. https://doi.org/10.1111/cfs.12386

Landolt, M., Cloitre, M., Schnyder, U. (2025). Evidence-Based Treatments for Trauma-Related Disorders in Children and Adolescents. Second Edition. Springer.

Latorre, Maria Soledad (2023) Impactos familiares del abuso sexual infantil: Una revisión de alcance. Revista Psicoperspectivas Volumen 22, Número 1, 15 marzo 2023 Artículo Temática Libre. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol22-issue1-fulltext-2686

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

Ley 21.302. Crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y Modifica Normas Legales que indica. Recuperado de: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1154203

Ley 21.430. Sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la niñez y adolescencia. Recuperado de: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1173643

Martínez, I., y López, M. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. Clínica Contemporánea,7, (2), 87-104. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.5093/cc2016a7

Maté, G. (2020). Cuando el cuerpo dice no: La conexión entre el estrés y la enfermedad. Gaia ediciones. México.

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.

Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N., & Bevington, N. (2017). Mentalization Based Treatment for Children. A time limited approach. Desclee de Brower.

Morán-Kneer, J. y Duarte, J. (2025). Guía de Orientaciones Clínicas para el Abordaje psicoterapéutico de adolescentes tempranos con diagnóstico de depresión: Aportes para una intervención informada por el modelo de terapia basada en la mentalización (Manuscrito no publicado, Proyecto FONIS SA2210168, Universidad de Valparaíso).

Oaklander, V. (2022 [1978]). Ventanas a nuestros niños: Terapia Gestalt para niños y adolescentes. Terracota.

Ogden, P., (2022). Why we need the body when healing trauma with Dr. Pat Odgen [Entrevista Episodio de Podcast].The Healing Trauma Podcast. Apple Podcasts. Recuperado de https://podcasts.apple.com/gb/podcast/the-healing-trauma podcast/id1444361384?i=1000569212827

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 (2022) Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11). Enlace: https://icd.who.int/es

Pérez, B., Osornio, L. (2021). De la intervención al acompañamiento. Una propuesta para construir conocimiento desde nuestra experiencia encarnada en trabajo social. Itinerarios de trabajo social, 1, 7-14. Recuperado de: https://doi.org/10.1344/its.v0i1.32484.

Rebolledo, O. y 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. 33, 40-50. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/res/n36/n36a04.pdf

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

Rodriguez, V., Are, F., Madden, A., Shaffer, A., & Suveg, C. (2021). Intergenerational transmission of childhood maltreatment mediated by maternal emotion dysregulation. Journal of Child and Family Studies, 30(8), 2068–2075. Recuperado de: https://doi.org/10.1007/s10826-021-02020-3

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

Sapien, S. (2024). Recuperando al cuerpo: El papel de los recursos somáticos en la Danza Movimiento Terapia al trabajar con niños con trauma complejo. Revista Española de Danza Movimiento Terapia,2 https://10.5281/zenodo.14267661

San Cristobal, P., Santelices, M., & Miranda, D. (2017). Manifestation of Trauma: The effect of early traumatic experiences and adult attachment on Parental Reflective Functioning. Front. Psychol, 8, 449. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00449

Saavedra, C., Arredondo, V., Lobos, P., Guerra, C. (2021). Escala para evaluar indicadores de reparación en niños, niñas y adolescentes que han vivido maltrato grave. SUMMA Psicológica UST. 18 (2), 9-18.

Shakespeare, F., Martinek, J., Tedeschi, R., y Calhoun, L. (2013). A qualitative approach to assessing the validity of the postraumatic growth inventory. Journal of loss and trauma, 18 (6), 572-591.

Sepúlveda, L. (2010). Las trayectorias de vida y el análisis de curso de vida como fuentes de conocimiento y orientación de políticas sociales". Revista Perspectivas 21, 27-53.

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (2023). Orientación Técnica "Programa Diagnóstico Clínico Especializado", de la Línea de Acción Diagnóstico Clínico Especializado, Seguimiento de Casos y Pericia. Resolución Exenta N°631 del 8 de junio de 2023.

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (2024). Manual para el entrenamiento inicial Acompañamiento reflexivo especializado (ARE).

Tedeschi, R. y Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. Psychological Inquiry, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Tsabary, S. (2023). The Parenting Map: Step by Step Solutions to Consciously Create the Ultimate Parent-Chip Relationship. HarperOne.

Undurraga, U., y Santelices, M. (2021). Factores protectores de la interrupción de la transmisión intergeneracional del maltrato infantil: una revisión sistemática. Revista Terapia Psicológica, 39,(3), Santiago. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082021000300375

UNICEF (2017). Violencia en la primera infancia. Marco regional de UNICEF para América Latina y El Caribe.

UNICEF (2021). Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales. Recuperado de: https://www.unicef.org/panama/media/6061/file/manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales.pdf

Universidad de Chile (2025). Diseño conceptual y lineamientos para la implementación de programas de intervención reparatoria para niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados en sus derechos. Proyecto Desafíos Públicos Universidad de Chile, liderado por la Dra. Claudia Capella. Documento de Avance Enero 2025.

Van Der Kolk, B. (2015). El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma. Barcelona: Elefhteria.

Van IJzendoorn, M., Bakermans, M., Coughlan, B., & Reijman, S. (2020). Annual Research Review: Umbrella synthesis of meta-analyses on child maltreatment antecedents and interventions: differential susceptibility perspective on risk and resilience. Journal of child psychology and psychiatry, 61(3), 272-290. Recuperado de https://doi.org/10.1111/jcpp.13147

Vitriol (2020). Cuidado Informado En Trauma: Un Modelo Emergente Para El Abordaje Del Subtipo Depresivo Con Historia De Adversidad Infantil. Revista Chilena de Neuro Psiquiatría, 58 (4), 348-362. Recuperado de: https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v58n4/0717-9227-rchnp-58-04-0348.pdf

Vis, S., Strandbu, A., Holtan, A., Thomas, N. (2011). Participation and health - a research review of child participation in planning and decision-making. Child & Family Social Work, 16(3), 325 - 335.

Vliegen, N., Tang, E., Midgley, N., Luyten, P., & Fonagy, P. (2023). Therapeutic work for children with complex trauma: A three-track psychodynamic approach. Recuperado de: https://doi.org/10.4324/9781003044918

Wihstutz, A. (2022). La infancia desde un enfoque interseccional sustanciado en el caso de los niños y niñas refugiados en Alemania. Política y Sociedad, Ediciones Complutense. Recuperado de: https://dx.doi.org/10.5209/poso.80339

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

White, M., & Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Paidós.

2°. APRUÉBENSE los siguientes Anexos:

X.ANEXOS.

-Anexo N°1, denominado “Procedimiento para la elaboración del PII-U en proyectos ambulatorios que no cuentan con evaluación previa del programa DCE”

-Anexo N° 2, denominado “Informes de Avance”.

-Anexo N° 3, denominado “Formato de Informe de Egreso”.

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.

Por último, en relación a 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 a la mano y revisen todos los antecedentes que tengan a disposición. Dentro de los cuales, se destacan:

- 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 institucional, por tipo de vulneración y tipo de programas, visualizando la trayectoria de vulneraciones e intervención, de existir. Acceso a plataforma de Tribunales de Familia o con competencia de familia, a fin de conocer los antecedentes disponibles en la medida de protección actual, así como indagar en la existencia de causas anteriores tanto proteccionales como penales.
- Solicitud de antecedentes complementarios a los entregados por la OLN al momento de la derivación, por parte del director/a del Proyecto.
- Antecedentes referidos a la solicitud de ingreso, es decir la información judicial consignada en la causa RIT[49] seguida en el Tribunal de Familia o con competencia en 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 al plazo señalado en el presente Anexo.

[49] Rol Interno del Tribunal.

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 construida 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.

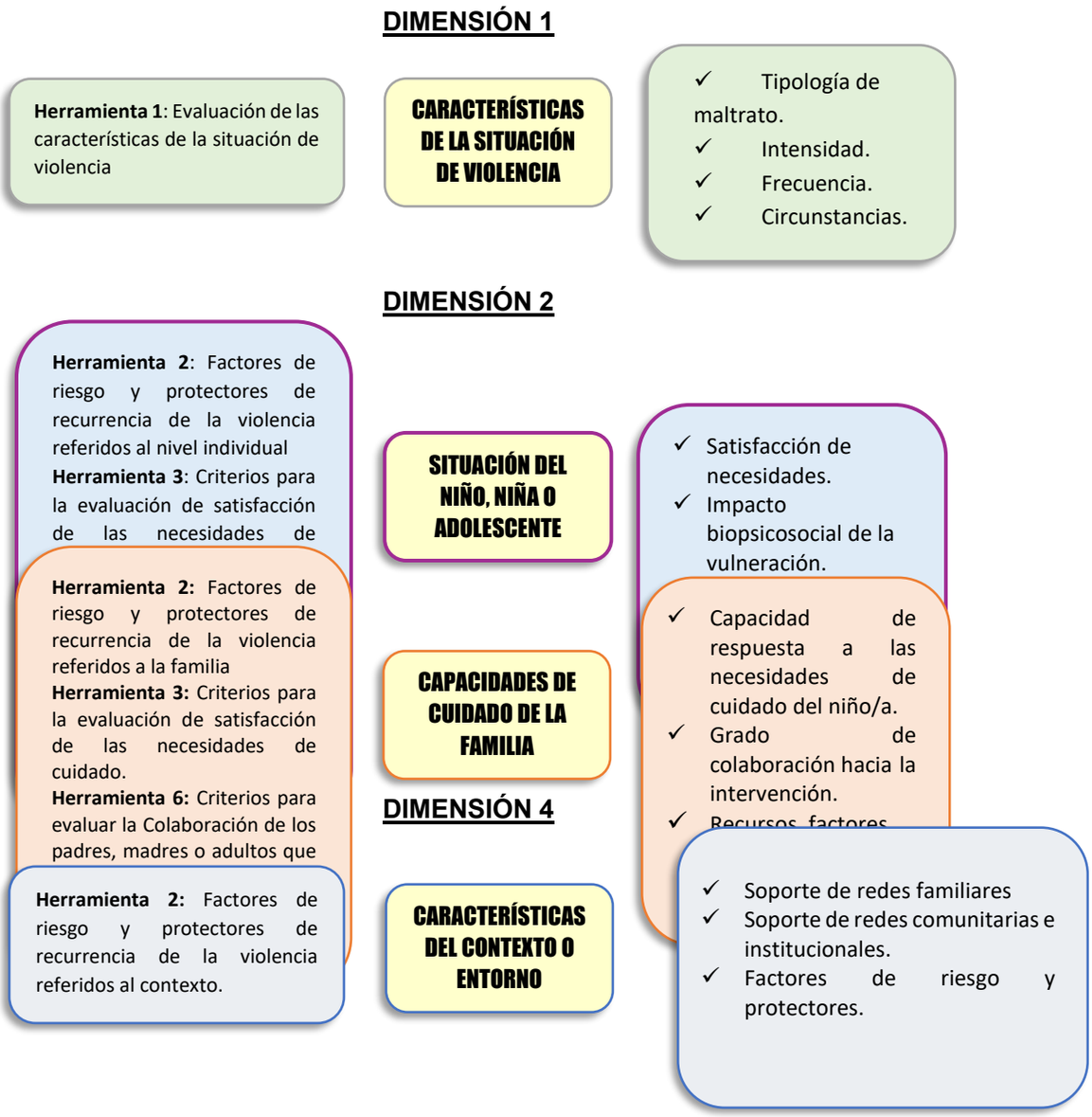
3. ***Capacidades y respuesta de los padres/madres o cuidadores/as***: Esta dimensión se considera una variable decisiva o crítica (UNICEF, 2021), pues influye directamente en la situación de protección del niño/a y adolescente, considerando el curso de vida y el grado de dependencia/autonomía respecto 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/as 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 profesionales se acerquen a una visión interdisciplinaria de cada caso. Ello promueve disminuir los sesgos naturales del/a 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.	Tipología/s de violencia o maltrato en nivel de gravedad muy elevada en Valora Galicia adaptado.

	Presenta Moderada trayectoria (1 o 2 ingresos previos a la red).	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	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	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

individual o referido al niño, niña o adolescente, que no sean de alto riesgo[50]. 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.	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.	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/as 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.	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.	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.

[50] 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).

Presencia de algunos recursos y factores protectores que moderan el efecto de los factores de riesgo de recurrencia de la violencia.	Presencia de algunos recursos y factores protectores, que no resultan suficientes para moderar los factores de riesgo de recurrencia de la violencia.	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 soportes comunitarios e intersectoriales, junto a obstáculos para el acceso de la familia y/o el niño/a.	Ausencia de soportes comunitarios e intersectoriales.
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 hasta un factor de alto riesgo de recurrencia del maltrato en el contexto, que el adulto no visualiza.	Presencia de más de 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 moderan el efecto de los factores de riesgo de recurrencia de la violencia en los ámbitos individual y familiar.	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.	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/la niño, niña o adolescente y su familia 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 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 <u>Oficina Local de la Niñez.</u>

INFORME DE AVANCE N° X[51]/AÑO

I. 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	

II. 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		**Tribunal derivante**		**N° de informes de avance remitidos**	

[51] 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.

OLN derivante		**Folio derivación**			
Domicilio actual					

III. IDENTIFICACIÓN DEL/LOS ADULTO/S 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					
Fecha de nacimiento		**Nacionalidad**		**Escolaridad**	
Cédula de Identidad /Pasaporte				**Relación con NNA**	
Actividad					
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**[52]
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				

[52] 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.

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 Y NIÑAS ADOLESCENTES Y	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 Pertinentes Alternativas** **Justifique su Solicitu Siempre**			**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 <u>Tribunal de Familia.</u>

FORMATO DE INFORME DE AVANCE

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

IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE					
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.	
OLN derivante		Folio derivación			
Domicilio actual					

I. IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

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

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

Dimensiones	**1 Informe**	**2 Informe**	**3 Informe**	**4 Informe**
Situación de violencia				
Situación del niño, niña o adolescente				

Capacidades de Cuidado de la Familia o del adulto a cargo				
Características del Entorno o Contexto Socio Comunitario				

III. ESTADO DE AVANCE DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PII U (debe fundamentar en base a la evaluación del PII U, 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[53]

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.

[53] 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.

ANEXO N° 3 FORMATO “INFORME DE EGRESO”

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

I. IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO 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	

II. 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.

III. SUGERENCIA TÉCNICA DE EGRESO

Motivo de solicitud de egreso	

IV. 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 Base Técnica del “Programa de Intervención Reparatoria” ejecutado por equipos de colaboradores acreditados, de la línea de acción “Intervenciones Ambulatorias de Reparación” y sus Anexos en la página web institucional.

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

GHERMAN NICOLAS WELSCH CHAHUAN
DIRECTOR NACIONAL (S)
Dirección Nacional

MBU/CFM/CRR/AGT/CGG/AAO/AMC/MMC/AGV/MPN

Documento firmado con Firma Electrónica Avanzada
Documento original disponible en: https://ceropapel.servicioproteccion.gob.cl/validar/?key=26086339&hash=d5ac1