



Gobierno
de Chile

gob.cl



Orientaciones Técnicas Salas Inclusivas

2021



Orientaciones Técnicas Salas Inclusivas

2021



Redacción y Edición.....

- **Claudia Zamora Reszczyński**, Encargada Nacional Programa Educativo, Chile Crece Contigo, Subsecretaría de la Niñez, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
- **Vanessa Hernández Parra**, Encargada Nacional Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil, Chile Crece Contigo, Subsecretaría de la Niñez, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
- **Fernanda Rozas Asael**, Profesional Departamento de Estudios, Servicio Nacional de la Discapacidad.
- **Camila Barrientos Hernández**, Profesional del Departamento de Desarrollo Inclusivo Servicio Nacional de la Discapacidad.
- **Viviana Jorquera Bustos y Paula Zapata Díaz**, diseño y diagramación Programa Educativo, Chile Crece Contigo, Subsecretaría de la Niñez, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Revisores.....

- **Ada Zambrano Olivares**, Encargada Regional Chile Crece Contigo. Seremía de Desarrollo Social y Familia, Región de Araucanía.
- **Carmen García Codoceo**, Coordinadora Programa Ayudas Técnicas. Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda.
- **Cecilia Breinbauer**, Vice directora, Center for Healthy Development.
- **Cinthya Jaque Sepúlveda**, Coordinadora de Niñez, Seremía de Desarrollo Social y Familia, Región del Maule.
- **Daniela Del Pino Quezada**, Terapeuta Ocupacional, Modalidad de apoyo al desarrollo infantil – Discapacidad, Comuna de Linares.
- **Daniela Soto Rosales**, Kinesióloga, Coordinadora programa FIADI Peñalolén, Centro Comunitario de Rehabilitación de Peñalolén.
- **Diego Pablo González Lagos**, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta ESDM Certificado, Instituto Global para la Atención Integral al Neurodesarrollo (IGAIN), Barcelona, España.
- **Eloísa Lia de Billerbeck**, Terapeuta Ocupacional certificada en IS/Chile University of Southern California, Mg. en neuropsicología pediátrica.
- **Ingrid Dayne Vallejo**, Coordinadora Chile Crece Contigo, Seremía de Desarrollo Social y Familia, Región Metropolitana.
- **Jeanet Leguas Vásquez**, Jefa de Departamento Chile Crece Contigo, Subsecretaría de la Niñez, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
- **Jeniffer Peroncini Cortés**, Encargada Nacional Programa Ayudas Técnicas. Departamento Chile Crece Contigo, Subsecretaría de la Niñez, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
- **Jonathan Cabrera Maldonado**, Fonoaudiólogo. Centro de Salud Familiar Valdivieso, región de Antofagasta.

- **Karina Lagos Arévalo**, Pediatra. Centro de Salud Familiar Valdivieso, región de Antofagasta.
- **María José Jerez Lizama**, Encargada Regional de Niñez y Chile Crece Contigo. Seremía de Desarrollo Social y Familia, Región de Atacama. **María Inés Rodríguez Sáez**, Profesional Programa Ayudas Técnicas. Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda.
- **Maria José Martínez Sanhueza**, Terapeuta Ocupacional. Modalidad de Apoyo al Desarrollo Infantil-Discapacidad. Comuna de Antofagasta.
- **Macarena Rivas Ebner**, Subdirectora de Servicios Sociales y Comunitarios. Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón
- **Mauricio Carreño Aguirre**, Jefe de División de Promoción y Prevención, Subsecretaría de la Niñez, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
- **Mitzy Morales Escobar**, Analista de Niñez. Seremía de Desarrollo Social y Familia, Región Metropolitana.
- **Sofía González Navarro**, Asesora Técnica ChCC, Subsecretaría redes asistenciales- Ministerio de Salud.
- **Nicole Garay Unjidos**, Encargada Nacional Chile Crece Contigo. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
- **Sergio Pizarro Manzano**, Encargado Regional Chile Crece Contigo. Seremía Desarrollo Social y Familia Región de Coquimbo.
- **Valeska Baeza Labra**, Fonoaudióloga. Modalidad de apoyo al desarrollo infantil – Discapacidad. Comuna de Linares.

Registro ISBN: n° 978-956-326-044-1

©Ministerio de Desarrollo Social y Familia

I. Antecedentes generales y marco conceptual	9
1. Propósito del Documento	9
1.1 ¿Qué es Chile Crece Contigo?	10
1.2 Programas y prestaciones	12
2. ¿Qué son las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil? (Sala Inclusiva)	13
3. ¿Qué es la Discapacidad?	14
3.1 Niños y Niñas con discapacidad	16
3.1.1 Cifras y estudios que incluyen niños y niñas con discapacidad	18
3.1.2 Data Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC)	18
3.1.3 Data Estudio “Evaluación de acceso a prestaciones en niños y niñas de primera infancia en situación de discapacidad”	21
3.2 Desarrollo infantil desde la neurodiversidad	30
3.3 Por qué una Modalidad: Por qué surge, qué se espera.....	32
II. Qué es una Sala Inclusiva, criterios de inclusión, priorización y exclusión para la atención	35
1. Propósito del capítulo	35
2. ¿Qué es una Sala Inclusiva?	36
3. ¿Cuál es la población objetivo de la Sala Inclusiva?	37
4. Objetivos de la atención	39
5. Principios de la atención en Sala Inclusiva Chile Crece Contigo	40
6. Criterios de inclusión para acceso a la Sala Inclusiva	41
7. Prioridad en la atención	42
8. Criterios de exclusión para acceso	43
9. Resultados esperados de la intervención en la Sala Inclusiva	44

III. Ingreso, intervención y egreso de la Sala Inclusiva	47
1. Flujo de Ingreso	48
2. Evaluación y Diseño del Plan de Intervención	49
2.1 Evaluación Integral al ingreso a Sala Inclusiva	51
3. Diseño del plan de intervención co-construido con el niño(a) y su familia	54
3.1 Construcción de matriz de objetivos del Plan de Intervención	55
3.2 Ejecución del Plan de intervención – Consideraciones básicas	56
3.3. Consideraciones para el trabajo según área de desarrollo, funcionamiento o bienestar mayormente afectada	58
3.4 Esquema general de sesiones según necesidades, edad y objetivos de trabajo	60
3.5 Definiciones generales por tipo de sesión	62
3.6 Monitoreo y evaluación del Plan de Intervención	64
3.7 Efectividad de las sesiones y su relación con los objetivos del Plan de Intervención	64
3.8 Egreso: criterios y flujo	66
3.9 Flujo de Egreso	68
IV. Coordinación con Intersector	69
1. Detección de riesgos biopsicosociales	69
2. Coordinación con sector Salud	70
2.1 Coordinación con la Atención Primaria de Salud (APS).	70
2.2 Referencia y contrarreferencia entre APS y la Sala Inclusiva.	72
2.3 Coordinación con equipos de especialidad en salud.	73
2.4 Coordinación con Red Comunal Chile Crece Contigo.	74
3. Gestión de alertas de vulnerabilidad, un tránsito de la detección a la acción.	75
4. Rol de la familia, de la comunidad, escuela o jardín infantil.	78
5. Coordinación con equipos de ONG's o dispositivos privados	81

V. Indicadores de monitoreo de la Sala Inclusiva y registro de actividades85

1. Indicadores de monitoreo de la Sala Inclusiva85

2. Registro de actividades y atenciones de la Modalidad en SRDM.....86

VI. Anexos95

Anexo 1:

Lista de autoevaluación de aplicación principios a la Sala Inclusiva en la atención cotidiana.....95

Anexo 2:

Protocolo de rescate de niños(as) y sus familias que no adhieren a la intervención.....96

Anexo 3:

Pauta de detección de Riesgo Biopsicosocial (PRB).....97

Anexo 4:

Lista de Cotejo de Espacio, Implementación y Monitoreo de Seguridad98

Anexo 5:

Recursos de apoyo para profesionales de la Sala Inclusiva.....101

Anexo 6:

Consentimiento informado para iniciar el Plan de Intervención en la Modalidad de Apoyo al Desarrollo Infantil – Discapacidad (Sala Inclusiva) 103

Anexo 7:

Lista de evaluación egreso de la Sala Inclusiva 104

VII. Bibliografía105



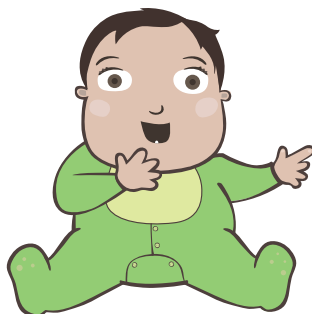
I. Antecedentes generales y marco conceptual

1. Propósito del Documento

El presente documento constituye una guía técnico - administrativa para la implementación de la línea “Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil – Discapacidad” (Sala Inclusiva), que se instala en dispositivos comunitarios con financiamiento de la Subsecretaría de la Niñez del Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Entrega lineamientos específicos para los criterios de inclusión/exclusión de la modalidad, ingreso, evaluación, co-construcción de planes de intervención, monitoreo de resultados y egreso, pero no constituye un documento clínico, toda vez que la diversidad y complejidad de la población objetivo desaconseja la indicación general de técnicas específicas para la intervención.

Se complementa con las acciones del Plan de Acompañamiento a Sala Inclusiva, las cuales incluyen capacitaciones y supervisiones periódicas de equipos, desde un enfoque intersectorial y centrado en la comunidad.

Dado que la articulación de objetivos de intervención a nivel individual, familiar y comunitario constituye el eje central de la intervención en Sala Inclusiva, se hace esencial también que los equipos tengan cabal conocimiento del Subsistema Chile Crece Contigo y sus prestaciones, junto con una comprensión exhaustiva del modelo biopsicosocial de la discapacidad y su rol como equipos profesionales, en la identificación y acciones de mitigación de las barreras del entorno, que generan discapacidad en los distintos niveles de interacción del niño(a) y su familia.

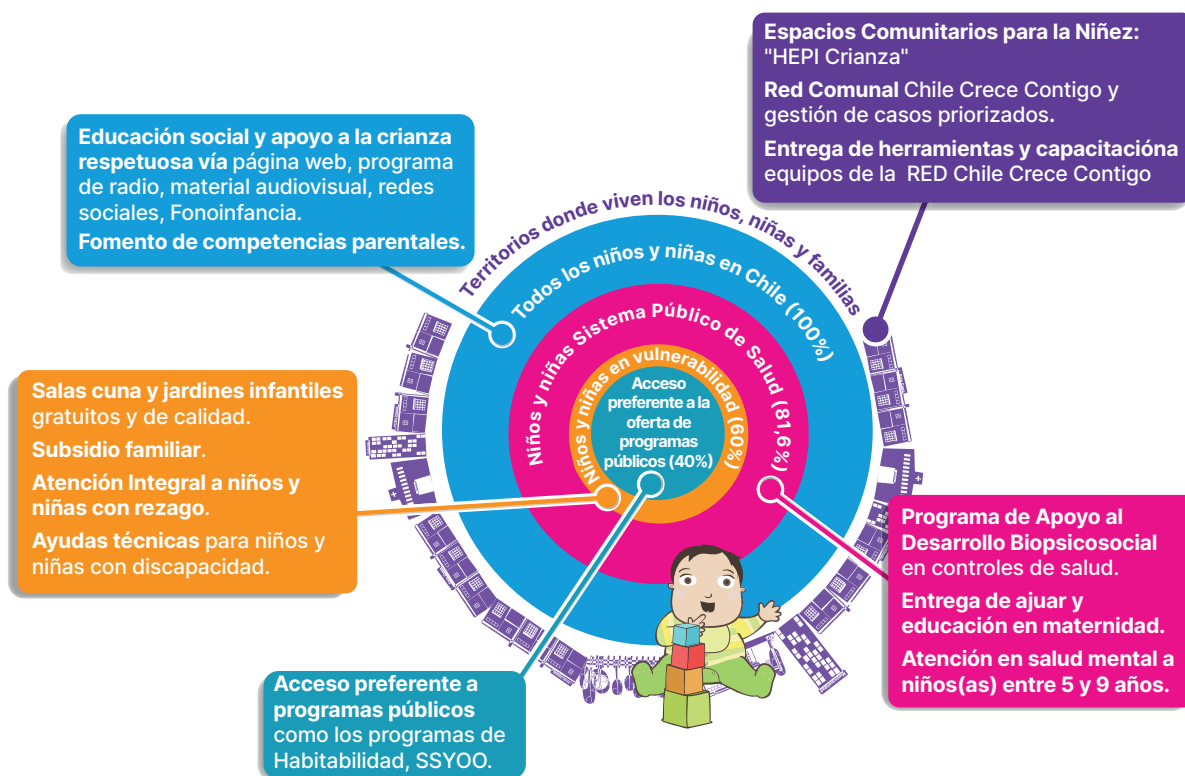


Nota importante: En este documento no se utiliza la opción de "Justificar Texto" porque dificulta el funcionamiento de los lectores web para personas con déficit visual y se utiliza también un tamaño de letra mayor para facilitar accesibilidad en su lectura.

1.1 ¿Qué es Chile Crece Contigo?¹

El Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo es una política pública que fortalece la provisión de servicios provistos por el Estado dirigidos a los niños y niñas, desde la gestación hasta los 9 años, cuyo propósito **es que cada niño y niña alcance su máximo potencial de desarrollo**. Para ello, realiza acciones de acompañamiento personalizado a los niños, niñas y sus familias a través de prestaciones universales (para todos/as) como diferenciadas (para niños(as) en mayor vulnerabilidad).

Figura n°1:
Distribución de prestaciones Chile Crece Contigo



Fuente: Elaboración propia.

1. Para información más detallada sobre la creación e implementación inicial de Chile Crece Contigo y el detalle de cada Programa se sugiere revisar el documento "Qué es Chile Crece Contigo", disponible en <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/que-es-Chile-Crece-2015.pdf>

El diseño e implementación de Chile Crece Contigo se basan en los aportes de la evidencia vinculada al desarrollo infantil temprano, la mayor costo-efectividad de intervenir precozmente durante la primera infancia y el consenso global respecto a lo esencial de abordar conjuntamente las necesidades del niño(a), su cuidador(a) y el entorno contextual en que viven; para poder conseguir los resultados esperados.

Considerando los elementos desarrollados con anterioridad, el diseño e implementación de Chile Crece Contigo, destaca especialmente 4 características:

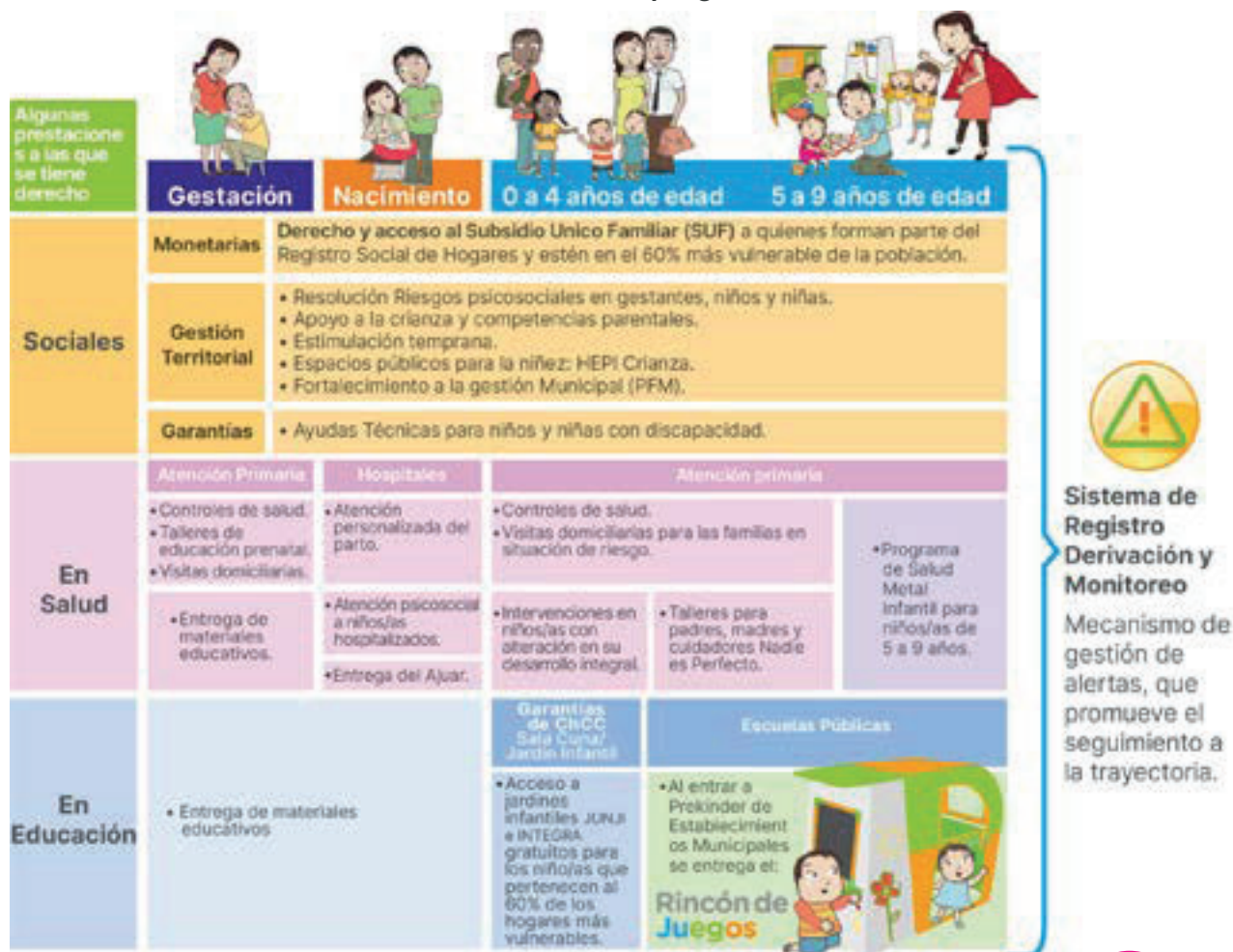
- 1** **Es una política pública basada en evidencia.**
- 2** **Realiza un seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo**, focalizado en la detección y mitigación oportuna de vulnerabilidades para el desarrollo.
- 3** **Es una política que combina prestaciones universales con prestaciones diferenciadas**, según las necesidades y grado de vulnerabilidad de niños(as) y familias, potenciar también sus factores protectores.
- 4** **Establece un modelo de gestión intersectorial con expresión local como aspecto clave** para lograr resultados pertinentes y oportunos para niños(as) y sus familias.



1.2 Programas y prestaciones

Chile Crece Contigo, ofrece a los niños(as) y sus familias un conjunto integrado de intervenciones, iniciativas, y servicios sociales de acuerdo a sus necesidades; “a cada quien según sus necesidades”. En ello se involucran distintos sectores (salud, protección social, educación) y también instituciones de la sociedad civil, todos quienes articulan a nivel local la oferta disponible en el marco de la “Red Comunal Chile Crece Contigo”.

Figura n° 2:
Distribución de programas



Fuente: Elaboración propia.

Para conocer más sobre CHILE CRECE CONTIGO y cada uno de sus programas te invitamos a hacer nuestro curso "¿Qué es Chile Crece Contigo?" disponible en: <https://aprendiendojuntos.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/>

2. ¿Qué son las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil? (MADIS)

Corresponden a servicios de apoyo al desarrollo infantil financiados por Chile Crece Contigo, enfocados en la atención de niños(as) con déficit, rezago y/o vulnerabilidades en su desarrollo integral; la cual se realiza con determinadas especificaciones, metodología y flujos, destacándose por ser dispositivos de intervención a nivel comunal.

Históricamente, se han implementado diferentes tipos de MADIS, de acuerdo a la etapa de implementación de Chile Crece Contigo y las necesidades territoriales.

Actualmente corresponden a:

Modalidades accesorias en Salud:

- Sala de estimulación
- Servicio Itinerante
- Atención Domiciliaria

Modalidades Municipales:

- Riesgo Psicosocial
- Discapacidad

Durante los últimos años, se ha monitoreado el avance de la implementación y efectividad de las diversas modalidades a nivel país, en contexto de los distintos programas de Chile Crece Contigo y las características de la población objetivo, existiendo consenso respecto a que la realidad de los territorios se ha modificado, y que por ello, las necesidades de implementación de modalidades complementarias también han ido cambiando.

En este contexto y en razón además de la exclusión de ingreso o restricción de intervenciones para niños y niñas con discapacidad en múltiples MADIS existentes; se genera la necesidad desde diversos territorios, de contar con un dispositivo específico que pueda entregar este [servicio especializado](#), con base comunitaria y con un enfoque centrado en el [modelo biopsicosocial de la discapacidad](#). A esta modalidad específica se le denomina en adelante **Sala Inclusiva**.

3. ¿Qué es la Discapacidad?

La conceptualización de discapacidad ha tenido distintos modelos y enfoques a lo largo de su historia, considerada inicialmente sólo como una variable biomédica, lejana a la inclusión social, centrada mayormente en la patología y distanciando al sujeto de toda circunstancia socio-cultural. Este era el postulado del llamado "[modelo de prescindencia o exclusión](#)", el que conceptualizaba a la discapacidad como una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia, que limita o impide el desempeño de un rol que, en su caso, debiera ser normal, en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales (OMS, 2001).

A partir del surgimiento de los programas de rehabilitación, comienza una nueva mirada basada en que las personas con discapacidad pueden mejorar y compensar sus deficiencias. Durante las décadas de los 50' y 60', el "[modelo médico-rehabilitador](#)" preponderó en el entendimiento sobre discapacidad, sin embargo, la focalización continuaba centrada en el individuo (ENDISC, 2015).

En el año 1976 surge en oposición el "[modelo social](#)", que pone las barreras sociales en el foco, argumentando que es a través de ellas que se da origen a la discapacidad. De esta forma, la discapacidad no se caracteriza como una limitación física, mental, intelectual o sensorial de la persona, sino como una limitación social. Así es como el modelo social atribuye la discapacidad al entorno y no al individuo, postulando que la discapacidad se debe a la arquitectura, las actitudes y las barreras establecidas por la sociedad, y lo que realmente determina la capacidad funcional de la persona son los factores externos. Por último, no acepta el término de "funcionalidad normal" como algo predefinido ni la discapacidad en función de esto. (SENADIS, 2020)

Con el fin de alcanzar un complemento entre el modelo médico y el modelo social de la discapacidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica en 2001 una versión revisada de la [Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías \(CIDDM\)](#), a la cual llama [Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud \(CIF\)](#), cuyos criterios son la base del [modelo biopsicosocial](#). La CIF distingue tres niveles de análisis: (OMS, 2001).

1 deficiencias en las funciones y estructuras

2 limitaciones en la actividad

3 restricciones en la participación



Con ello se identifica una perspectiva de aplicación universal, pues no se refiere únicamente sobre personas con discapacidad, sino que es válida para todas las personas. Asimismo, en el proceso de clasificación no son las personas las unidades de clasificación, sino que se describe la situación de cada persona dentro de un conjunto de dominios de la salud o dominios “relacionados con la salud” (OMS, 2001), y por tanto, proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus restricciones.

Así, el “[modelo biopsicosocial](#)”, que basa su definición en los criterios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, [releva la importancia de los elementos del entorno social sin desconocer la condición orgánica y fisiológica del individuo.](#)

Por su parte, la [Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad \(CDPC\)](#), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el año 2006 y ratificada por Chile en 2008, marca un punto de inflexión en la historia de la discapacidad, puesto que incorpora el [enfoque de derechos humanos](#). La Convención estipula que las personas con discapacidad son titulares de sus derechos y reconoce que [la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con su condición de salud y las barreras debidas a la actitud y al entorno, que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.](#) De esta forma, la persona con discapacidad es el actor principal, junto a su familia y comunidad. Asimismo, plantea objetivos a nivel individual, familiar, comunitario y social, considerando tanto la dimensión física como la personal y espiritual. En este sentido, la Convención ha sido una herramienta beneficiosa en tanto configura un modelo para el desarrollo de un lenguaje común en torno al concepto de discapacidad².

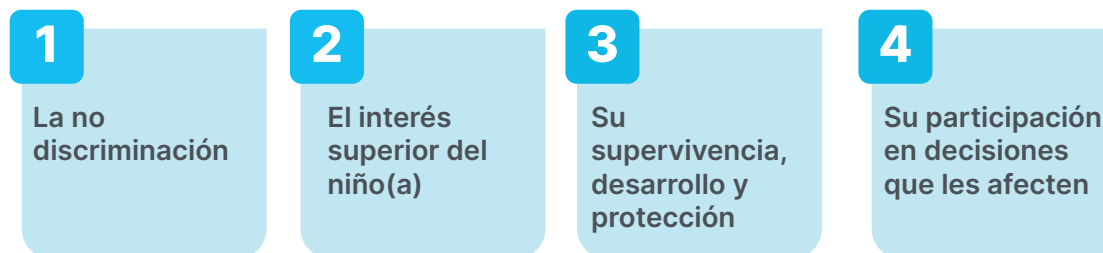
2. Chile ratifica esta convención en el año 2008 y promulga la ley 20.422 el año 2010, acogiendo lo establecido por la convención, tanto respecto al concepto de persona con discapacidad como en relación al enfoque de derechos establecido en dicho documento.

En este sentido, el modelo biopsicosocial ha sido complementado con el enfoque centrado en los derechos de las personas con discapacidad, el que se basa primeramente en la dignidad intrínseca del ser humano, y después en las características médicas de la persona, **situando al individuo en el centro de todas las decisiones que le afectan** (ENDISC, 2015).

El Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad (II ENDISC) realizado el año 2015, utiliza el concepto de discapacidad entendido como “una construcción simbólica, un término genérico y relacional que incluye condiciones de salud y déficits, limitaciones en la actividad, y restricciones en la participación”. Vale decir, que interactúa el individuo con los factores contextuales, entre los cuales se consideran los ambientales y personales. Dado lo anterior, se considera una persona con discapacidad a **“todo/a aquél/aquella que en relación a sus condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otras, al interactuar con diversas barreras contextuales, actitudinales y ambientales, presentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad”** (ENDISC 2015, pp.31).

3.1 Niños y Niñas con discapacidad

La *Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña* fue promulgada en 1989 por Naciones Unidas, y ratificada por Chile en 1990. Este acuerdo y compromiso internacional busca promover en el mundo los derechos de los niños y niñas, quienes no se consideran como objetos de protección, ni meros beneficiarios de servicios o de asistencia, sino como **seres humanos y sujetos titulares de sus propios derechos**. El acuerdo se rige por cuatro principios fundamentales:



En relación con niños y niñas con discapacidad, se establecen necesidades y derechos específicos en los siguientes artículos:

art. 23

La necesidad de **generar condiciones de bienestar para ellos(as), de asegurar su dignidad e independencia, y finalmente su participación en la comunidad**: Niños, niñas y adolescentes con discapacidad tienen derecho a recibir acceso a la educación, servicios de salud y rehabilitación, preparación para el empleo, y oportunidades de esparcimiento con el fin de lograr su **integración social, bienestar y desarrollo individual**.

art. 31

Establece su **derecho al descanso, esparcimiento, juego y actividades recreativas, culturales y artísticas de acuerdo a su edad**.

art. 24

El **derecho de los niños y niñas al disfrute del más alto nivel posible de salud** y servicios dirigidos al tratamiento de enfermedades y rehabilitación de salud; y comprometen su esfuerzo por asegurar que ningún niño y niña sea privado de su derecho al disfrute de servicios sanitarios.

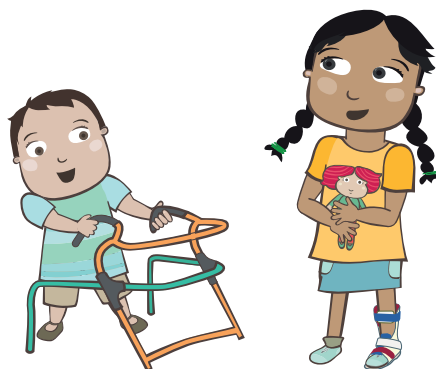
En síntesis, tanto la Convención sobre los derechos del niño como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, reconocen a los niños y niñas con discapacidad como **sujetos de derechos**, asegurando el goce en plena igualdad ante la ley. En este sentido, se reconoce su derecho a participar y a ser escuchado, **erradicando cualquier tipo de discriminación en razón de la discapacidad**, además de **crecer y desarrollarse en condiciones de igualdad**.

3.1.1 Cifras y estudios que incluyen niños y niñas con discapacidad.

Unicef (2013) en su publicación sobre el Estado mundial de la infancia, reporta que existen alrededor de 93 millones de niños y niñas en el mundo que vive con alguna discapacidad moderada o grave, es decir, **1 de cada 20 niños menores de 14 años**, haciendo el alcance respecto a que las estimaciones mundiales son especulativas en tanto provienen de datos de muy variada calidad y de métodos contradictorios.

En razón de la existencia de diferentes clasificaciones y lo esencial de no perder de vista que al centro de esto está una persona, no un diagnóstico ni un déficit aislado, es que se intenta avanzar en una integración de estas categorías en el trabajo cotidiano con niños, niñas y familias.

“Tomás y Manuela pueden compartir el mismo código CIE-11³ pero tener muchas diferencias en su funcionamiento y en los apoyos que necesitan para lograr una participación plena”.



Sumado a ello y a pesar de múltiples esfuerzos desde distintos organismos por fortalecer los levantamientos de información, estos instrumentos sólo levantan información de niños y niñas sobre los 2 años. Ello, en razón de que dada la complejidad de los procesos de desarrollo que deben realizarse en los primeros dos años de vida, sin herramientas o una valoración especializada puede ser difícil distinguir la discapacidad de algunas variantes en el desarrollo normal (Unicef, 2007; OMS, 2012).

3.1.2 Data Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC)

A nivel nacional, el Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC), realizado en 2015, determinó la prevalencia de discapacidad y caracterización de la población de dos años y más en Chile. Entre sus principales resultados se reporta que:

3. Corresponde la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en su versión n° 11, publicada por la Organización Mundial de la Salud.

- Un 5,8% de las poblaciones de niños, niñas y adolescentes (NNA), entre 2 y 17 años, tiene discapacidad, lo que corresponde a 229.904 personas, siendo mayor la prevalencia en niños que en niñas.
- Del total de NNA con discapacidad, el 90,7% pertenece al sector urbano y el 9,3% pertenece al sector rural.
- La proporción de NNA con discapacidad es significativamente mayor en el primer quintil de ingreso (7,5%) en comparación con los quintiles IV y V, que tienen un 3,6% y 4,4% de NNA con discapacidad respectivamente.
- Del total de población de NNA con discapacidad, el 40,5% se encuentra en el quintil de menores ingresos. Lo anterior permite observar una relación directa entre variables de discapacidad y pobreza por ingresos, aunque esto no haya sido determinado empíricamente.
- Un 96% de la población con discapacidad entre 4 y 17 años asiste a un establecimiento educacional:
 - » Para el nivel de educación parvularia, la tasa neta de asistencia de niños y niñas con discapacidad entre 2 y 5 años es de 74,6%.
 - » En el nivel de educación básica, esta tasa corresponde a un 88,7% para niños y niñas con discapacidad entre 6 y 13 años.
 - » Sin embargo, para el nivel de educación media, la tasa neta de asistencia de la población con discapacidad es sorprendentemente baja (49,9%) y altamente preocupante en relación al resto de los niveles educativos.
 - » Asimismo, tanto el nivel de educación básica como el nivel de educación media son obligatorios, y ninguno de ellos alcanza una tasa neta de asistencia de la población con discapacidad del 90%.
 - » Por último, se estima que los NNA con discapacidad presentan menos años de escolaridad respecto a los NNA sin discapacidad, y existe una diferencia mayor si residen en zona rural.

Respecto a las condiciones de salud asociadas, el mismo estudio reporta que:

- » El 35,8% de los NNA con discapacidad tiene una condición de salud permanente o de larga duración, dentro de las cuales, la dificultad mental o intelectual destaca como la de mayor prevalencia (21,5%)
- » El 15,6% tiene mudez o dificultad del habla.
- » El 9,6% tiene dificultad física y/o de movilidad.
- » El 3,6% tiene dificultad psiquiátrica.
- » El 2,8% tiene ceguera o dificultad para ver aun usando lentes.
- » El 2,2% tiene sordera o dificultad para oír aun usando audífonos.
- » El 39,8% de la población de NNA con discapacidad tiene una condición de salud según el CIE-10, el 21,9% declara tener dos condiciones de salud, y 14,1% tiene tres o más condiciones de salud.
- » Respecto a los servicios de rehabilitación, del total de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, sólo un 22,8% ha recibido servicios de rehabilitación en los últimos 12 meses.

En los resultados de las distintas áreas del estudio, se evidencia que los niños y niñas con discapacidad se enfrentan a barreras de acceso y atención de los distintos servicios, lo cual, según el diagnóstico y recomendaciones formuladas por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, daría cuenta que existe una población de niños y niñas con discapacidad en una situación de **doble vulnerabilidad**, tanto por sus necesidades de desarrollo durante la primera infancia, como por las barreras que impiden su inclusión social.

3.1.3 Data Estudio “Evaluación de acceso a prestaciones en niños y niñas de primera infancia en situación de discapacidad”

Durante los años 2020 y 2021 el Ministerio de Desarrollo Social y Familia realizó el estudio “Evaluación de acceso a prestaciones en niños y niñas de primera infancia en situación de discapacidad”⁴, indagando en las prestaciones de salud, educación y servicios sociales en 1.595 niños(as) con discapacidad entre los 0 y 9 años, pertenecientes a las regiones Metropolitana, Coquimbo y Biobío. La metodología del estudio consideró entrevistas y encuestas a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas con condiciones que pueden asociarse a discapacidad y/o retrasos del desarrollo psicomotor, en las regiones indicadas.

A continuación se presentan brevemente algunos resultados relevantes de este estudio:

a) Área Salud

A nivel general se observa que niños(as) logran acceder a prestaciones en salud, pero con variaciones importantes respecto a quién las provee y con qué frecuencia.

¿Dónde se atiende el niño (a) con mayor frecuencia?:

- Hospitales públicos u otro servicio del sistema nacional de salud: **59%**
- Consultas privadas: **47%**
- Cefam o consultorio: **40%**

Acceso y frecuencia atenciones:

Un 90% de la muestra contaba con atenciones en salud de control, rehabilitación o tratamiento. Sin embargo, sólo un 54% accedía con frecuencia al menos semanal y un 26% accedía sólo con frecuencia mensual.

En relación con atenciones de apoyo al desarrollo, se concluye que “el sistema no garantiza la continuidad de las prestaciones, ya que al cumplirse el número de sesiones establecidas se acaba el servicio, y

4. Informe final disponible en : <https://www.crececontigo.gob.cl/material-de-apoyo/material-para-equipos-chile-crece-contigo/estudios/>

deben someterse a una nueva evaluación y no siempre ocurre esto en el corto plazo. Además, en muchos casos los niños y niñas asisten a programas que no son acorde a sus necesidades específicas porque no existe un servicio destinado a ellos, debiendo ellos ajustarse a las prestaciones existentes y no al revés como debiera ser” (op.cit, pp: 155).

Factores más valorados por las familias para considerar que el servicio de salud sea de calidad:

- La experiencia de los médicos: **45%**
- Que no haya listas de espera: **37%**
- Que responda a las necesidades específicas del diagnóstico: **35%**
- Tener un equipo de cabecera: **31%**

Factores que facilitan la experiencia del niño o niña:

- La calidad humana del equipo tratante: **70%**
- Que el lugar sea acogedor: **35%**
- Sentir que progresa con el tratamiento o rehabilitación: **35%**

Acceso a Ayudas técnicas:

- De los niños y niñas de la muestra el 45% utiliza algún dispositivo de apoyo debido a su condición de discapacidad.
- Por diagnóstico: de los niños y niñas con enfermedades del ojo y/o del oído el 76% utilizan algún dispositivo y de los niños y niñas con enfermedades del sistema nervioso un 83%.
- Del total de niños(as) que utilizan una AT, un 78% lo recibe de algún programa de ayuda técnica.

Por otro lado y en relación con el impacto de la pandemia en las atenciones de salud de este grupo de niños y niñas se observa que:

- Un 54% de los niños y niñas dejaron de recibir controles o tratamientos habituales producto de la pandemia.
- Un 45% continuó recibéndolos, pero con algunos cambios.
- En un 87% de los casos la razón para no continuar recibiendo las prestaciones fue que estaban suspendidas en los centros de salud.

En los casos que sí continuaron recibiendo la prestación, pero con cambios, algunos de ellos fueron:

- Disminución de la frecuencia: **81%**
- Recibió sólo algunas prestaciones: **67%**

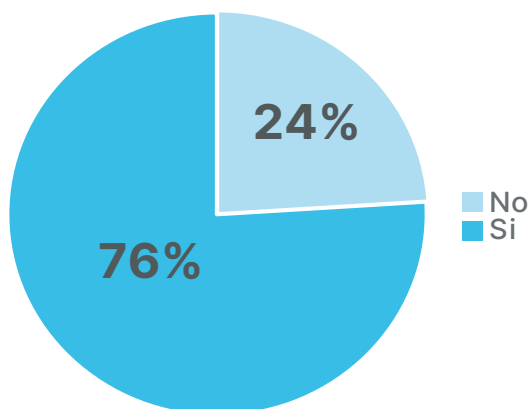
b) Área Educación

Asistencia a establecimiento educacional

A nivel general se observa que un 76% de niños y niñas participantes en el estudio, ha asistido alguna vez a un establecimiento educacional.

- Niños y niñas con enfermedades del sistema respiratorio o cardiovascular, y con diagnóstico múltiple, presentan las menores tasas de participación en establecimientos educacionales (66% y 67% respectivamente).

Figura n° 3:
Porcentaje de niños y niñas que han asistido a un establecimiento educacional



Fuente: Estudio "Evaluación de acceso a prestaciones en niños y niñas de primera infancia en situación de discapacidad" - Chile Crece Contigo - Subsecretaría de la Niñez.

Razones de no asistencia por tramo de edad

- La razón más mencionada por las familias es la preferencia de cuidar al niño o niña en casa, seguido por el temor a que asistir pueda dañar su salud.
- A medida que los niños(as) crecen las razones van variando; cobra relevancia el no encontrar un establecimiento que lo reciba o que

le dé confianza. Estas cifras son preocupantes ya que dan cuenta de un porcentaje de familias que han vivido la experiencia de ser rechazados por algún establecimiento educacional.

Evaluación establecimientos educacionales (todos los niveles)

- Se observa la dificultad para abordar el tema de la discapacidad a nivel de toda la comunidad educativa y no sólo en el niño o niña con discapacidad y su familia.

Figura n° 4:
Evaluación madres, padres o cuidadores
respecto a establecimiento educacional.

El establecimiento educacional:	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
1. Cuenta con infraestructura adecuada para necesidades específicas niño(a).	(70.2%)	(12.9%)	(16.9%)
2. Cuenta con suficiente personal capacitado para necesidades niño(a).	(55.7%)	(14.4%)	(29.9%)
3. Cercanía hogar niño(a) o trabajo cuidadores.	(69.5%)	(9.7%)	(20.8%)
4. Comunidad de apoderados se apoya en sus necesidades.	(54.7%)	(13.0%)	(32.3%)
5. Genera instancias individuales y privadas para conversar respecto al niño(a).	(75.2%)	(6.6%)	(18.2%)
6. Genera instancias para conversar discapacidad con otros apoderados.	(39.5%)	(12.3%)	(48.2%)

Fuente: Estudio "Evaluación de acceso a prestaciones en niños y niñas de primera infancia en situación de discapacidad" - Chile Crece Contigo - Subsecretaría de la Niñez.

Respecto al impacto de la pandemia en el acceso a educación se observa que:

- Del total de niños(as) matriculados un 72% ha participado en clases o actividades virtuales.
- De estos un 46% indica que las clases se ajustan poco o nada a las habilidades del niño(a).
- Un 65,3% del grupo de enfermedades del sistema nervioso señala que las actividades se ajustan bastante o mucho a las habilidades del niño(a). En cambio, en el grupo de enfermedades del ojo y/o del oído esta cifra disminuye a 43,6%.

c) Área Social

En este mismo estudio, se observó a nivel general, que un bajo porcentaje de familias acceden a prestaciones monetarias de apoyo, con un 61% que reporta no haber cumplido requisitos como causal para ello, aspecto que requiere revisión en contexto de la garantía de acceso a estas prestaciones, que establece Chile Crece Contigo para el 60% más vulnerable de la población.

Asimismo, se reporta una mejora relativa en acceso a apoyos sociales en contexto de pandemia (Ingreso familiar de emergencia, bonos, mercadería, entre los más frecuentes) pero también un impacto significativo en reducción de ingresos y empleabilidad familiar en dicho contexto.

Acceso a Subsidios

Se reporta que sólo un 36% de los niños y niñas en la muestra evaluada, refiere estar recibiendo algún tipo de subsidio.

- Algunas razones para no recibir subsidios:
 - » No cumple con los requisitos: **61%**
 - » No sabe qué trámites tiene que hacer: **28%**
 - » Intentó inscribirse, pero fue muy complicado: **18%**

Estos resultados dan cuenta de problemas en la llegada de información a las familias y lo complicado que pueden ser los trámites requeridos. Esto genera que familias que podrían estar recibiendo algún tipo de apoyo monetario no lo hagan y requiere reforzar las gestiones de apoyo a nivel local, en contexto de la garantía legal de acceso a subsidio familiar, establecida por la ley 20.379 a este respecto.

En relación con el impacto de la pandemia en el acceso a apoyos sociales y situación familiar se reporta que una mayoría del grupo evaluado ha podido recibir apoyo social durante este período, mejorando al menos en contexto de pandemia el acceso a este tipo de prestaciones.

Ha recibido algún bien o recurso económico por parte de:

- Estado (72%)
- Municipio (13%)
- Organización o institución privada (18%)
- No ha recibido (8%)

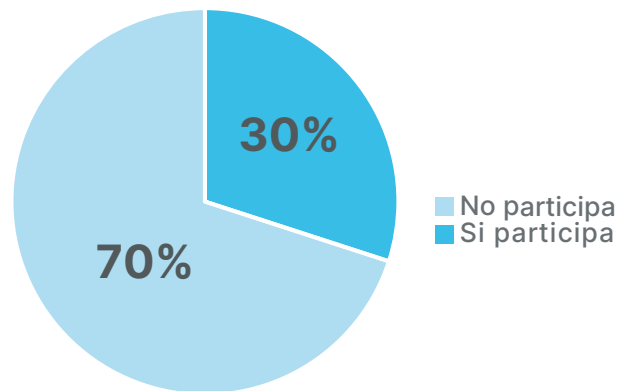
Asimismo, respecto a las dificultades emergentes en las familias se reporta que:

- Al menos un miembro del hogar ha sufrido una disminución de sus ingresos (73%)
- Al menos alguien del hogar ha quedado desempleado (53%)
- Al menos un miembro del hogar o familia ha tenido Covid-19 sintomático (23%)

d) Participación en agrupación u organización relacionada a la condición del

A nivel general se observan bajas tasas de participación del niño(a) y/o familia en este tipo de organizaciones:

Figura n° 5:
Porcentaje de participación en organizaciones asociadas a la condición del niño o niña



Fuente: Estudio "Evaluación de acceso a prestaciones en niños y niñas de primera infancia en situación de discapacidad" - Chile Crece Contigo - Subsecretaría de la Niñez.

- Aquellos niños y niñas con malformaciones congénitas y variantes cromosómicas presentan las tasas más altas, con un 36% de participación.
- En el caso de niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor y retraso mental se presentan las menores tasas, donde solamente un 9% declara participar.

e) Descripción de barreras en el acceso a prestaciones

En base a la información cualitativa y cuantitativa recopilada en el estudio se detectan las siguientes barreras.

Figura n° 6:
Barreras en el acceso a prestaciones inclusivas y de calidad



Fuente: Estudio “Evaluación de acceso a prestaciones en niños y niñas de primera infancia en situación de discapacidad” - Chile Crece Contigo - Subsecretaría de la Niñez.

Barreras: aspectos que obstaculizan que las niñas y niños con discapacidad puedan acceder a servicios pertinentes, suficientes y oportunos.

Se agrupan en 5 categorías que se observan de manera transversal en las distintas áreas:

Figura n° 7:
Barreras reportadas por madres, padres y/o cuidadores de niños(as) con alguna discapacidad.

BARRERAS	Geográficas	Se refieren a los obstáculos que encuentran las familias producto de características territoriales de las prestaciones, tienen relación también con la distancia donde se encuentran los diferentes servicios y las dificultades asociadas a la posibilidad de llegar a los lugares de atención. No todos los territorios cuentan con prestaciones para las diferentes características de su población.
	Administrativas	Se refiere a la burocracia estatal; tiene que ver con la entrega de la información, los horarios de atención definidos, poca flexibilidad en la solicitud de horas, los trámites administrativos. Tanto en las prestaciones de salud, educación y protección social, existe un trato por parte de las instituciones que no se ajusta a las necesidades de las familias, y no existen protocolos adecuados que faciliten su experiencia.
	Técnicas	Alude a las características específicas del recurso humano o recursos materiales que son pertinentes para dar atención de calidad a niños y niñas con discapacidad. Estas barreras se observan, por ejemplo; en la falta de profesionales capacitados para brindar atención que se ajuste a las necesidades de la población en situación de discapacidad. Se necesitan capacitaciones para todos los profesionales y especialistas que atienden a familias con niños y niñas con discapacidad, que cuenten con las herramientas necesarias para entregar un servicio pertinente, oportuno y de calidad para ellas.
	Económicas	Se puede observar a nivel de familias y a nivel estatal. En el primer nivel están las dificultades económicas que puede enfrentar la familia producto del diagnóstico del niño o niña. A nivel estatal, se refiere a la falta de presupuesto para programas o especialistas.
	Culturales	Se relaciona con el enfoque de discapacidad con que se trabaja en las distintas áreas, y con la visión de discapacidad que tiene la sociedad en general. Por una parte, existe un enfoque en lo teórico que no se condice necesariamente con lo que se implementa y ejecuta, ni con la información que se entrega a la ciudadanía.

Fuente: Estudio "Evaluación de acceso a prestaciones en niños y niñas de primera infancia en situación de discapacidad" - Chile Crece Contigo - Subsecretaría de la Niñez.

Por todo lo anterior, constituye un derecho de niños y niñas que se establezca un enfoque inclusivo que oriente el desarrollo de políticas y prácticas. Esto significa implementar una política de inclusión en la primera infancia con enfoque de derechos y amplia participación social, donde ninguno(a) sea excluído(a). Para ello se requiere necesariamente el avance de políticas intersectoriales en esta línea tanto a nivel central como a nivel local, que consideren de manera transversal la inclusión y acceso en equidad.

3.2 Desarrollo infantil desde la neurodiversidad

La primera infancia es el período que se extiende desde el desarrollo prenatal hasta los 8 años de edad. Es el período más intenso de desarrollo cerebral de todo el ciclo de vida y por tanto la etapa más crítica del desarrollo humano. Lo que ocurre antes del nacimiento y en los primeros años de vida tiene una influencia vital en la salud y en los resultados sociales (UNICEF, 2013). En este período se sientan las bases de todo el desarrollo posterior del individuo, a través de la interacción del niño(a) con su ambiente humano y material, constituyendo parte importante de su desarrollo intelectual, emocional, físico/inmunológico y social (UNICEF, 2007; Irwin, et. al, 2017).

El desarrollo infantil en los primeros años se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social. Esta evolución está estrechamente ligada al proceso de maduración del sistema nervioso, ya iniciado en la vida intrauterina y a la organización emocional y mental (GAT, 2005).

La visión de la discapacidad y el desarrollo infantil han ido actualizándose e incorporando nuevos enfoques en la atención temprana de niños y niñas con discapacidad. Por ejemplo, Bronfenbrenner (1999) considera que no es un proceso que determina el desarrollo de un individuo, más bien, la interacción de distintos procesos en el tiempo y espacio. Asimismo, la teoría de los sistemas dinámicos establece que el movimiento es resultado de procesos y restricciones del individuo y su ambiente (Thelen, 1998). Los profesionales deben apoyar a los niños y niñas a trabajar en alguna actividad deseada por los mismos, aun cuando no es realizada en forma normal o típica por sus contrapartes.

Finalmente, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), caracteriza el funcionamiento de un niño o niña como un término que cubre las funciones del cuerpo, actividad y participación; y discapacidad como un término que cubre limitaciones en las actividades, o restricción en la participación. Los componentes de la CIF y los modelos y teorías asociados pueden facilitar a los profesionales documentar y evaluar las interacciones de las personas con el ambiente (Darrah, 2008); y así, encontrar soluciones para que niñas y niños con discapacidad sean autónomos y funcionales en actividades apropiadas a su edad y significativas para él o ella, incluso ante limitaciones de las funciones del cuerpo y sus estructuras (Vargus-Adams, 2014).

El desarrollo cerebral y biológico durante los primeros años de vida depende de la calidad de la estimulación que el lactante recibe de su entorno: familia, comunidad y sociedad. El desarrollo en la primera infancia, a su vez, es un determinante de la salud, el bienestar y la capacidad de aprendizaje durante toda la vida. La conjunción de estos datos, señalan al desarrollo en la primera infancia como un determinante social de la salud y bienestar. El acceso a un apoyo apropiado, como la intervención y la educación temprana, puede hacer realidad los derechos de los niños y niñas con discapacidad, promoviendo una niñez estimulante y satisfactoria, y de esta forma fortaleciendo para una participación plena y significativa en la adultez. Dado lo anterior, es necesario eliminar los obstáculos que impiden el acceso a programas y servicios de eficacia demostrada para favorecer el desarrollo físico, socio-afectivo y lingüístico-cognitivo en la primera infancia.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), los niños y niñas con discapacidad, en general **no reciben los apoyos específicos** que requieren para atender sus derechos y necesidades. Junto a sus familias, se enfrentan a obstáculos que van desde leyes y políticas inadecuadas a actitudes negativas, servicios inadecuados y falta de ambientes accesibles. Si un niño o niña con discapacidad no presenta intervenciones tempranas adecuadas, apoyo y protección, su deficiencia o discapacidad podría volverse más grave o compleja, produciendo consecuencias en su salud y bienestar a largo plazo, mayor pobreza y marginación (OMS 2012). Así, es necesario asegurar el óptimo desarrollo del niño o niña con discapacidad a través del aprendizaje, juego, participación, interacción con sus pares y el desarrollo de amistad (Kelly et al. 2012).

3.3 Por qué una Modalidad : Por qué surge, qué se espera

Tal como se ha indicado, existe un marco legal en materias de niñez, que busca promover que los Estados sean garantes de los derechos establecidos de manera mundial y a los cuales nuestro país se encuentra adscrito. En ese sentido, destaca desde la Convención sobre los Derechos del Niño el reconocimiento al derecho de disfrutar del mejor nivel de salud, así como el ejercicio al derecho a la educación en igualdad de oportunidades. De esta misma manera la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad hace hincapié en los procesos de habilitación y rehabilitación, considerando que se deben adoptar las medidas efectivas y pertinentes para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental y social, considerando además la participación en los distintos ámbitos de sus vidas.

Respecto a nuestra realidad nacional, la Ley N°20.422 describe de la misma manera la rehabilitación como acciones para alcanzar el mayor grado de participación de las personas con discapacidad además de sus actividades de la vida diaria. En esta ley se declara el rol del Estado, al fomentar preferentemente la rehabilitación con base comunitaria, incluyendo además acciones de identificación, eliminación y/o disminución de barreras que generen discapacidad, como una obligación, y asimismo, como un derecho y deber de las personas con discapacidad, sus familias y la sociedad.

Hoy en día en nuestro país, los dispositivos de rehabilitación, cuya implementación ha crecido de manera importante desde la Atención Primaria en Salud, enfocan su atención en la población adulta (mayores de 20 años) y adulta mayor, atendiendo principalmente patologías osteomusculares y neurológicas. En lo que respecta a la población entre 0 y 18 años, existen muy pocos dispositivos o centros de atención temprana en discapacidad dentro de la red pública, considerando un alcance insuficiente y desigual en las distintas regiones del país. Por tanto, es necesario crear un sistema integrado de atención para niños y niñas con discapacidad durante su primera infancia, con el fin de que no exista discriminación en la atención y se promueva la inclusión de esta población en los distintos servicios que brinda el Estado en cada comuna.

De esta manera, se torna indispensable generar una estrategia de trabajo que no se aboque únicamente a una intervención socio- sanitaria, sino que además contemple el ciclo de vida y desarrollo de los niños y niñas con discapacidad, respetando sus procesos de autonomía e independencia como sujetos garantes de derechos, y además, que les permita desenvolverse desde el juego, la recreación, la inclusión

educativa, social y la participación en su comunidad en el seno de sus familias. Esto lleva a la práctica estrategias con enfoque de derecho, que eliminen cualquier tipo de exclusión y/o discriminación a la cual esta población se ha visto expuesta. De ahí también radica la importancia de generar estrategias que incorporen la pertinencia territorial y con ello el trabajo de todos los actores que conforman las redes intersectoriales, para lograr reales procesos de inclusión social de los niños y niñas con discapacidad.

A partir de lo anterior, el año 2020 comienzan a implementarse los primeros dispositivos **Sala Inclusiva en 13 comunas del país**, financiados por el Programa “Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil”, como respuesta a las necesidades observadas y demandadas por familias, equipos y organizaciones de la sociedad civil, respecto a la urgencia de contar con una prestación específica y no excluyente, que responda a las características de los niños y niñas con discapacidad. Durante el año 2021 se suman nuevas comunas, avanzando gradualmente a generar acceso a estas prestaciones en todas las regiones del país.



II. Qué es una Sala Inclusiva, criterios de inclusión, priorización y exclusión para la atención.

1. Propósito del capítulo:

Proporcionar los lineamientos técnicos y administrativos para la adecuada ejecución de intervenciones en este dispositivo, con la finalidad de asegurar estándares de calidad homogéneos en la implementación de esta línea de atención a niños, niñas y sus familias en los distintos territorios.



2. ¿Qué es una Sala Inclusiva?

Es una Modalidad de Apoyo al Desarrollo Infantil (**Sala Inclusiva**) para atención de niños y niñas con discapacidad (**D**), perteneciente a Chile Crece Contigo. Se adiciona a la oferta regular de las Salas de Inclusión tradicionales, compuestas por salas de estimulación, servicios itinerantes y atención domiciliaria, las cuales en su mayoría no atienden a este grupo de niños y niñas o los egresan luego de pocas sesiones.

Qué se espera

- La **Sala Inclusiva** consiste en una prestación especializada de atención temprana y estimulación para niños(as) con discapacidad o condición que pueda asociarse a ello, que se implementa en dispositivos comunitarios a nivel local, en el espacio donde se desenvuelven los niños, niñas y sus familias. Enfatiza el fortalecimiento de las competencias de los cuidadores/as para la adecuada estimulación de los niños y niñas; la visibilización, mitigación y/o eliminación de las barreras del entorno y el trabajo intersectorial para vincular a las familias con los programas y servicios que requieran, de acuerdo a sus características y necesidades.
- Esta estrategia debe complementarse y coordinarse con todos los demás dispositivos presentes en el territorio, como los equipos de salud de atención primaria y secundaria, equipos de educación parvularia y general, programas y organizaciones sociales, Teletón, entre otras.
- Se contempla en cada comuna, la contratación de al menos dos profesionales (Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo y/o Kinesiólogo), quienes junto con la Encargada(o) Comunal de Chile Crece Contigo, son responsables de la implementación de la modalidad de acuerdo a los estándares establecidos en este documento.

3. ¿Cuál es la población objetivo de la Sala Inclusiva?

A continuación se describe la población objetivo de la oferta, compuesta por 2 grupos, cuya priorización en la atención debe realizarse de acuerdo a lo descrito en pág. 42, acápite “Priorización de la atención”:

Figura n°8:
Población objetivo de la Sala Inclusiva

Regla General

Niños(as) de 0 a 4 años que presenten discapacidad leve o moderada y/o una condición que pueda asociarse a discapacidad y sus familias.

Regla Excepcional

Niños(as) de 5 a 9 años que presenten discapacidad leve o moderada y/o una condición que pueda asociarse a discapacidad y sus familias.

Fuente: Chile Crece Contigo - Elaboración propia

4. Objetivos de la atención

Objetivo general.

Favorecer el desarrollo, funcionamiento y bienestar integral de niños(as) de 0 a 4 años que presenten discapacidad leve o moderada y/o una condición que pueda asociarse a discapacidad y sus familias, mediante la ejecución de planes de intervención con propósitos de avance a nivel **individual, familiar y comunitario.**

Objetivos específicos.

Evaluar de manera integral el **desarrollo, bienestar y funcionamiento** de los niños(as) de la población objetivo, incorporando activamente sus necesidades, las de la familia y de la comunidad en la que interactúan en el proceso.

Diseñar, ejecutar planes de intervención **co-construidos con la familia y el niño(a)**, que definan avances claros y pertinentes para todos(as) los participantes.

Asegurar la articulación oportuna y pertinente con **oferta social y otros apoyos específicos disponibles** en la red ChCC local o regional, que puedan mejorar las condiciones familiares y contextuales en que se desenvuelven niños(as) y sus familias.

Evaluar **periódica y sistemáticamente** el resultado de las estrategias y planes de intervención en cada niño(a) participante de la Sala Inclusiva, incorporando mejoras o reformulando el plan para mantenerlo pertinente y adecuado a las necesidades del niño(a) y familias y establecer de común acuerdo los indicadores para el egreso del niño(a).

Diseñar e implementar estrategias de sensibilización y educación continua hacia la comunidad y otros actores de la Red Comunal Chile Crece Contigo, **como parte integral de los Planes de Intervención**, en temáticas de discapacidad, neurodiversidad, inclusión, entre otras; que permitan fortalecer entornos propicios para la participación de niños y niñas que se atienden en la Sala Inclusiva.

Implementar **estrategias de apoyo a la crianza** respetuosa, parentalidad positiva y atención temprana a madres, padres y/o cuidadores de niños(as) de la población objetivo, pertinentes a sus necesidades y características familiares.

5. Principios de la atención en la Sala Inclusiva de Chile Crece Contigo

A continuación se describen los principios que guían el enfoque de atención de la Sala Inclusiva, en base a evidencia actualizada, paradigma evolutivo de Chile Crece Contigo, Convención de derechos del niño y Convención de derechos de las personas con discapacidad.

1. El desarrollo cerebral de niños y niñas ocurre **necesariamente** en un contexto de relaciones con sus adultos significativos, por lo cual:

- La atención de niños(as) en esta modalidad se realiza SIEMPRE con su adulto significativo presente.
- La atención efectiva implica la incorporación activa del adulto significativo a las acciones durante la sesión y/o en el modelamiento en la sesión de estrategias para refuerzo en el hogar.
- Un(a) terapeuta de Sala Inclusiva efectivo(a) logra involucrar al adulto, considerando sus características y necesidades, particularmente en relación a la crianza y cuidado de un(a) niño(a) con discapacidad.
- Juzgar, criticar o retar a un adulto NO es efectivo en el logro de resultados positivos para el niño o niña en atención y muestra falencias en las habilidades del terapeuta que se deben supervisar.

2. El desarrollo cerebral de niños y niñas se ve alterado e incluso dañado por la presencia de **estrés tóxico** y los niños(as) con condiciones asociadas a discapacidad tienen más riesgo de sufrirlo, por lo cual:

- Un(a) terapeuta de Sala Inclusiva efectivo(a) logra pesquisar y verbalizar al adulto signos de estrés en el niño o niña.
- La atención de niños(as) en esta modalidad **NO** permite la aplicación de técnicas coercitivas, altamente estresantes para el/la niño(a), centradas únicamente en el control conductual, que involucren manipulación o contención física contra la voluntad del niño(a) y/o que vulneren de cualquier manera sus derechos e integridad física/psíquica.

- La habilitación del adulto significativo para poder implementar en el hogar las estrategias de atención temprana que se trabajen en las sesiones de Sala Inclusiva, implica necesariamente que se incorporen estrategias de modelaje de interacción sensible entre adulto y niño(a) y la promoción del apego seguro en las acciones de intervención.

- NO son parte de las atenciones de la Sala Inclusiva los enfoques que exigen que el adulto logre en casa determinados avances con el niño(a) como condición para acceder a las siguientes sesiones de intervención, ya que ese tipo de exigencias incrementa los niveles de estrés del adulto y expone al niño(a) al uso de mecanismos violentos para lograr lo que se les exige y no quedar fuera del tratamiento.

3. Niños y niñas con discapacidad y especialmente quienes tienen dificultades en la comunicación son frecuentemente invalidados, coaccionados o simplemente no considerados en múltiples aspectos de su vida cotidiana, por lo cual:

- Un(a) terapeuta de Sala Inclusiva efectivo presume competencias en el niño(a) que aún no están visibles y realiza sus intervenciones presumiendo que el niño(a) es capaz de comprender en algún nivel y expresar lo que necesita de alguna manera (P. ej: a través del cuerpo, la mirada, etc.)

- Genera hábilmente instancias comunicativas independiente de su profesión de origen, a través de gestos, imágenes u otros dispositivos, para explicar al niño(a), consultarle, reforzarlo, acogerlo, etc.

- Incorpora la habilitación para participación efectiva en las acciones cotidianas en casa, escuela u otro contexto como objetivo esencial de cada plan de intervención.

4. La discapacidad en niños y niñas puede generar desafíos significativos para la crianza, cuidado y educación. Este grupo de niños(as) se encuentra en mayor riesgo de acciones maltratantes por parte de sus familiares, equipos de salud, educación y la comunidad en general, por lo cual:

- Un(a) terapeuta de Sala Inclusiva efectivo logra ser VOZ del niño(a) para ayudar a que los adultos en su entorno puedan mentalizar lo que le puede estar intentando expresar el niño(a) y las razones detrás de sus comportamientos.

- La atención en la Sala Inclusiva considera de manera obligatoria la inclusión de objetivos en el ámbito familiar y comunitario, dentro del Plan de Intervención de cada niño(a).


- Se consideran acciones esperadas y priorizadas las relativas a la educación, sensibilización y coordinación de acciones con equipos educativos, de salud y comunidad en general; considerando a la vez los intereses y preferencias del niño(a). Todo ello, para el logro de participación efectiva en la sociedad de niños, niñas y familias que se atienden en el programa.

En anexo 1 se incluye una ["Lista de autoevaluación de aplicación principios de la Sala Inclusiva en la atención cotidiana"](#) para detectar áreas que se requieran reforzar para asegurar cabal cumplimiento de estos principios en el trabajo cotidiano de la modalidad.

6. Criterios de inclusión para acceso a la Sala Inclusiva

A continuación, se especifican criterios de inclusión para el acceso al programa:

- Pertener a la red de salud o educación pública.
- Niños(as) entre los 0 a 4 años descritos en alguna de las categorías en acápite siguiente: "Prioridad en la atención".
- Niños(as) entre 5 y 9 años descritos en alguna de las categorías en acápite "Priorización de la atención".



La atención de niños(as) descritos en el punto 3 de acápite "Prioridad de la atención" deberá ser previamente autorizada por el coordinador o coordinadora del programa quien analizará su pertinencia.

7. Prioridad en la atención

A continuación se describe la prioridad de atención que debe implementarse en la modalidad para la ejecución de la cobertura anual asignada:

Prioridad en la atención	
1	Niños(as) de 0-4 años con discapacidad leve o moderada⁵ que no se encuentran en atención en otro dispositivo que cuente con terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo o kinesiólogo.
	Niños(as) de 0-4 años con condiciones que pueden asociarse a discapacidad Espectro Autista, Sd. Down y otras variantes cromosómicas, Déficit Sensorial, Parálisis Cerebral, Secuelas de Prematurez Extrema, Síndromes Genéticos, entre otras, con alteración de funcionamiento leve o moderada que no se encuentran en atención en otro dispositivo que cuente con terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo o kinesiólogo.
	Niños(as) 0-4 años excluidos o egresados de sala de estimulación por presentar retraso del desarrollo secundario a condición médica leve o moderada.
2	Niños(as) de 0-4 años con discapacidad leve o moderada o condición que pueda asociarse a discapacidad que se encuentran en atención en otro dispositivo que cuenta con terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo o kinesiólogo y requieran mayor intensidad de intervención.
	Niños(as) de 5-9 años con discapacidad leve o moderada que no se encuentran en atención en otro dispositivo que cuente con terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo o kinesiólogo.
	Niños de 5-9 años con condiciones que pueden asociarse a discapacidad Sd. Down u otras variantes cromosómicas, Espectro Autista, Déficit Sensorial, Parálisis Cerebral, Secuelas de Prematurez Extrema, Síndromes Genéticos, entre otras) con alteración de funcionamiento leve o moderada, que no se encuentran en atención en otro dispositivo que cuente con terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo o kinesiólogo.
3	Niños(as) de 5-9 años con discapacidad leve o moderada o condición que pueda asociarse a discapacidad que se encuentran en atención en otro dispositivo que cuenta con terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo o kinesiólogo y requieran mayor intensidad de intervención.
	Niños 0-9 años que requieren atención de terapeuta ocupacional, kinesiólogo o fonoaudiólogo , sólo en caso de que la Sala Inclusiva tenga completamente cubiertas las necesidades de atención de grupos 1 y 2 en la comuna, con los estándares de calidad definidos en este documento.
	En razón de las dificultades de acceso a diagnóstico exacerbadas por la pandemia, podrán acceder a la Sala Inclusiva también niños(as) con signos de sospecha, lo cual no reemplaza en caso alguno a las acciones que le corresponde realizar al sector salud de acuerdo a sus flujos internos entre atención primaria y nivel de especialidad.

5. Dada la diversidad de condiciones que pueden presentar niños y niñas usuarios(as) de la modalidad, se establece en etapa inicial que el caso en que el derivante del niño(a) no haya hecho esa calificación o se consulte por demanda espontánea, corresponderá al profesional la evaluación provisoria, pudiendo utilizar instrumentos específicos si son pertinentes a la condición del niño(a). Ello se debe complementar con la coordinación de ingreso al Registro Nacional de Discapacidad en los casos que corresponda (ver página siguiente).

8. Criterios de exclusión para acceso

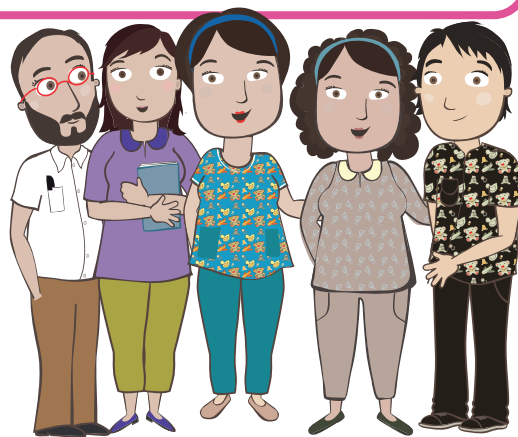
- ✓ Niño(a) con discapacidad severa, mediana o alta complejidad NANEAS o similar*.
- ✓ Niño(a) cuyo adulto responsable rechaza expresamente la atención terapéutica tras realizar el rescate en dos instancias**.
- ✓ Niños(as) requirientes solo de estimulación sin condiciones ni discapacidad asociadas.
- ✓ Niños(as) que se encuentren recibiendo atención en dispositivo de especialidad, CCR o similar con objetivos equivalentes y/o intensidad/frecuencia de intervención superior a la que puede proveer la Sala Inclusiva.
- ✓ Niños(as) sin necesidad presente de intervención y que requieren sólo control esporádico por profesional.

**Respecto al grado de discapacidad: Para los niños(as) que estén inscritos en el Registro Nacional de Discapacidad, se considerará la calificación que arroje el mismo. En caso de niños(as) sin RND y en ausencia de instrumento único para realizar esa diferenciación, se podrá utilizar el diagnóstico del niño(a) si se cuenta con el mismo y hace referencia a ello y/o la valoración del equipo profesional de la modalidad.*

En caso de dudas respecto a consistencia de calificación RND y desempeño actual del niño(a), el caso deberá ser revisado por el equipo comunal, con presencia de sectorialista de discapacidad en el territorio o en el nivel regional.



***Revisar Protocolo de Rescate en Anexo 2.*



9. Resultados esperados de la intervención en la Sala Inclusiva

a) A nivel individual	<ul style="list-style-type: none"> Niño(a) logra avances en su desarrollo, funcionamiento y bienestar emocional en relación con su evaluación inicial y los objetivos establecidos en su plan de intervención.
	<ul style="list-style-type: none"> Niño(a) logra comunicarse de la manera en que le sea más accesible con su entorno cotidiano.
	<ul style="list-style-type: none"> Niño(a) percibe la modalidad como un espacio en que se le ve, se protege su bienestar emocional y se le considera un sujeto activo en la intervención.
	<ul style="list-style-type: none"> Niño(a) participa en su entorno familiar, educativo, recreativo y comunitario; en condiciones de autonomía progresiva.
	<ul style="list-style-type: none"> Niños(a) accede a todas las prestaciones y servicios de apoyo que le corresponden en su Red Comunal.
b) A nivel familiar	<ul style="list-style-type: none"> Familia comprende las necesidades y características de funcionamiento del niño o niña, tanto en sus áreas de competencia como en sus áreas de desafío.
	<ul style="list-style-type: none"> Familia que incorpora herramientas y técnicas para promover y potenciar las habilidades y áreas de desafío en sus hijos e hijas, en condiciones de bienestar emocional.
	<ul style="list-style-type: none"> Familia forma parte de una comunidad de madres, padres y/o cuidadores, en que potencian redes de apoyo, intercambian experiencias y comparten la vivencia de crianza de niños(as) con discapacidad o condiciones de neurodiversidad.
	<ul style="list-style-type: none"> Familia accede a todas las prestaciones y servicios de apoyo que les corresponden en su Red Comunal.
c) A nivel comunitario	<ul style="list-style-type: none"> Entorno educativo sensibilizado y coordinado con equipo de Sala Inclusiva para lograr inclusión efectiva del niño(a).
	<ul style="list-style-type: none"> Entorno sanitario sensibilizado y coordinado con equipo de Sala Inclusiva para realizar las atenciones de salud que requiera con respecto y resguardo a sus necesidades y las características de su condición o discapacidad.
	<ul style="list-style-type: none"> Entorno comunitario (vecinal, recreativo, etc.) sensibilizado promueve y facilita la participación del niño(a) y su familia en las actividades cotidianas de la comunidad en que viven.



III. Ingreso, intervención y egreso de la Sala Inclusiva

Para encontrar una forma de colaborar con cada familia que entra en Sala Inclusiva, es necesario:

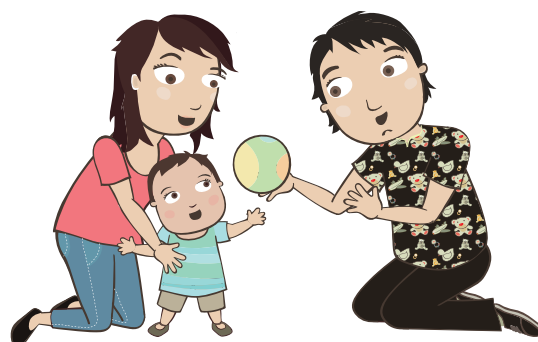
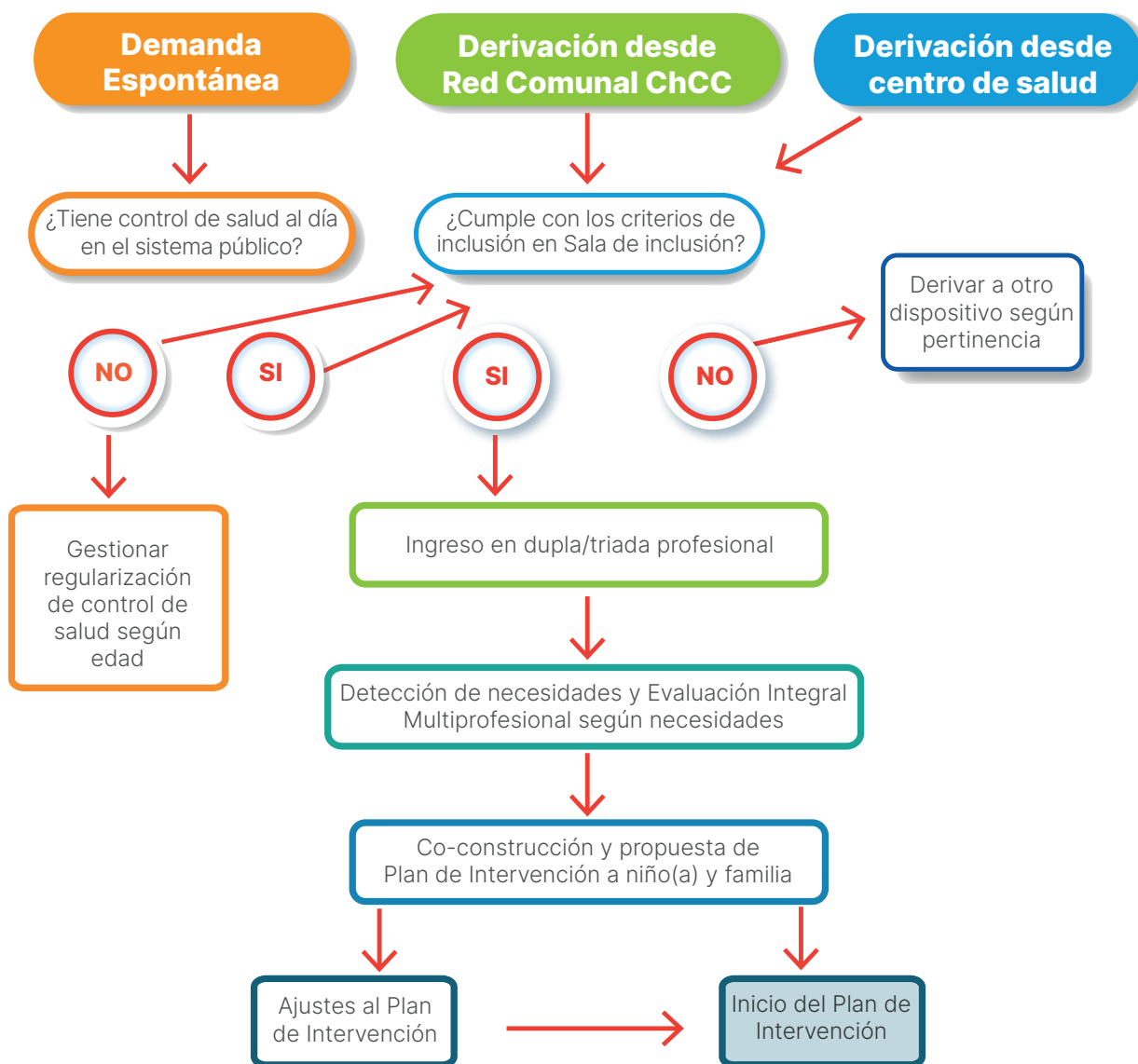
- 1 Un diálogo abierto con ellas.
- 2 Tener excelentes habilidades para escuchar.
- 3 Ser consciente de los condicionantes culturales y socioeconómicos.
- 4 Ser flexible y creativo.
- 5 Conocer bien como terapeuta las propias habilidades y puntos débiles.

La sensibilidad hacia las diferencias culturales entre las distintas familias es vital para formar alianzas sólidas con ellas, así como para diseñar una estrategia de intervención que reconozca y respete sus prácticas y valores culturales. Por otra parte, la calidad de la relación entre el profesional de apoyo y el niño o niña es vital para determinar el éxito de la intervención.

Se requiere también lograr que los padres puedan sentirse positivos respecto a quien realiza la intervención, tanto en la relación de esa persona con su hijo o hija, como en lo que se refiere al trato hacia ellos como padres y/o cuidadores/as. De esta forma, confiarán en el/la profesional que realiza la implementación y se comprometerán con la intervención, integrando estrategias concretas según las recomendaciones del profesional, para fomentar el desarrollo de habilidades en el hogar, aumentando su sentido de competencia y disminuyendo sus niveles de ansiedad y estrés.

En este acápite se describen los flujos y consideraciones técnico – administrativas para el ingreso, intervención y egreso de la Sala Inclusiva.

1. Flujo de Ingreso



2. Evaluación y Diseño del Plan de Intervención.

2.1 Evaluación Integral al ingreso a la Sala Inclusiva

Objetivo de la evaluación: Proporcionar **suficiente** información al equipo tratante para proponer un plan de intervención al niño(a) y su familia centrado en **objetivos claros** y con **resultados observables o medibles y transparentes** para el niño(a), familia y equipo.



Consideraciones básicas:

- Todo procedimiento de evaluación debe ser realizado en presencia del adulto responsable.
- La primera sesión de evaluación debe realizarse con la dupla o tría de profesionales de la Sala Inclusiva siempre que sea posible.
- Si el niño(a) muestra signos de estrés con alguna estrategia de evaluación específica, debe buscarse otra estrategia que permita evaluar el aspecto buscado o aplazar/diferir la evaluación del mismo.
- Las evaluaciones deben considerar el juego y la participación como mecanismos priorizados para lograr elicitar las habilidades con que cuenta el niño(a).
- Se debe explicar al niño (a) de manera lúdica por qué están haciendo lo que hacen, aun cuando no exista claridad respecto a sus capacidades cognitivas o comunicativas.
- En caso de utilizar pautas de llenado autónomo por adulto responsable, se debe asegurar que existan las competencias de lectura y comprensión estas, o considerar una sesión exclusiva para llenado con acompañamiento del terapeuta.
- La ejecución del niño(a) en la evaluación puede no reflejar su capacidad real si aún no se siente cómodo en el espacio, con el evaluador(a) o no está en un buen momento (con hambre, sueño, etc.).
- **NO existe un instrumento único estandarizado** para la evaluación de desarrollo, funcionamiento y bienestar en niños(as) con discapacidad entre 0-9 años y la mayoría de instrumentos disponibles no fueron diseñados para esta población o fueron contruidos para una condición en particular.

- Ningún instrumento reemplaza la observación clínica de un profesional capaz y con experiencia, pero permiten objetivar elementos de desempeño que ayuden a definir áreas de intervención y progreso. Es relevante considerar, sin embargo, que muchas de las condiciones por las cuales ingresan los niños(as) se asocian con dificultades para rendir en pruebas estructuradas, por lo cual se considera altamente recomendable combinar este tipo de instrumentos con pautas de valoración observacionales y otras fuentes de información en el entorno del niño(a).

Se establecen 5 etapas para la evaluación al ingreso y co-construcción del Plan de Intervención en la Sala Inclusiva:

1. Cumplimiento Criterios de Inclusión	
Objetivo	Definir si el niño(a) cumple con los criterios de inclusión para ingreso a Sala Inclusiva.
Modalidad	Se puede realizar vía telemática o presencial. Es requisito en esta instancia la aplicación de la Pauta de Riesgo Biopsicosocial (PRB) de Chile Crece Contigo (Anexo 3), para asegurar la detección de alertas de vulnerabilidad actualizadas y conexión del niño(a) y su familia con los servicios de apoyo de ChCC. Se considera también relevante la realización de anamnesis y genograma general. Se espera poder aproximarse no sólo a las necesidades que plantee el/la derivante o la familia, sino también el niño(a) en la modalidad comunicativa que le sea más accesible.
Obligatoriedad	Se puede omitir esta etapa en casos en que el niño(a) venga derivado y que la información contenida en la interconsulta o informe de derivación permita establecer con claridad que cumple con criterio de inclusión y priorización para ser citado a siguiente actividad, asegurando que se aplique la PRB en la siguiente etapa de evaluación.
Cantidad de sesiones recomendadas	1
Énfasis esperado	Conocer motivo de consulta y pertinencia del ingreso a Sala Inclusiva. En el caso de que el niño(a) no cumpla los criterios de inclusión, se debe explicar claramente a la familia las razones y derivar de manera asistida al dispositivo correspondiente según oferta comunal/regional.

2. Evaluación multiprofesional

Objetivo	Proporcionar una instancia en que la dupla o tríada profesional pueda observar de manera conjunta al niño(a), facilitando una visión integral de su funcionamiento, necesidades y la co-construcción de un plan de intervención coherente entre los distintos profesionales que le atiendan posteriormente.
Modalidad	Se recomienda presencial siempre que sea posible, usando el espacio habilitado con los implementos de la Sala Inclusiva. Puede hacerse telemática en caso de que no exista otra.
Obligatoriedad	Sí. Luego de esta actividad, el equipo debe definir si corresponde evaluación específica de uno o más profesionales, de acuerdo al motivo de consulta y lo observado en etapa 2.
Cantidad de sesiones recomendadas	1
Énfasis esperado	Poder definir qué profesionales requieren continuar evaluación en etapa 3 y facilitar la coherencia inter-profesionales en las etapas posteriores.

3. Evaluación por profesional(es)

Objetivo	Establecer con mayor profundidad las áreas específicas en que el niño(a) necesita apoyo de un profesional en particular (fonoaudióloga/o, terapeuta ocupacional o kinesióloga/o).
-----------------	---

En **Anexo 4** se encuentra disponible una **Lista de Cotejo de Espacio, Implementación y Monitoreo de Seguridad**, para permitir que el uso del equipamiento cumpla con los estándares y objetivos esperados.



Modalidad	La evaluación del niño(a) se debe realizar de manera presencial siempre que sea posible. Si no existe otra posibilidad se puede realizar de manera telemática, debiendo considerar sus resultados como provisorios y debiendo actualizar dicha evaluación una vez que se pueda realizar contacto presencial.
	Se sugiere complementar con uso de cuestionarios, videos u otros elementos que puede completar o realizar el adulto responsable en el hogar y se sugiere privilegiar la vía digital para estas actividades (p. ej: enviar cuestionarios por correo electrónico), salvo que existan dificultades para ello (bajo acceso a internet, analfabetismo digital, analfabetismo funcional, etc.).
	NO se espera que el adulto quede en sala de espera respondiendo cuestionarios en papel con el niño(a) solo en sala de intervención.
Obligatoriedad	Sí
Cantidad de sesiones recomendadas	2 a 3 por profesional.
Énfasis esperado	<p>Facilitar la detección en mayor profundidad de las necesidades en áreas priorizadas que se van a proponer para el Plan de Intervención. Requiere de la experticia de cada profesional para poder acercarse a la experiencia del niño(a) en su familia y en su comunidad, buscando potenciar herramientas y habilidades que le permitan desarrollarse con bienestar y participación en equidad en su entorno.</p> <p>En Anexo 5 "Recursos de apoyo para profesionales de Sala Inclusiva", se encuentran diversas herramientas de apoyo a la evaluación según condición y características del niño(a). Ello no obsta al uso de otros que los profesionales de cada área propongan usar, de acuerdo a su entrenamiento y especialización, resguardando que se respeten de manera irrestricta los principios de atención en la Sala Inclusiva detallados en capítulo previo.</p>

4. Reunión de equipo para proponer Plan de Intervención según áreas priorizadas.

Objetivo	Asegurar que el plan de intervención tiene propósitos comunes interprofesionales, que se focaliza en áreas priorizadas, que contiene objetivos claros y resultados observables definidos de acuerdo a las necesidades planteadas por la familia y la evaluación del equipo profesional.
Modalidad	Puede realizarse de manera presencial o telemática.
Obligatoriedad	Sí, con la excepción de casos en que en etapa 2 se haya definido que se requiere de intervención de sólo 1 profesional.
Cantidad de sesiones recomendadas	1
Énfasis esperado	Lograr integrar la visión de cada profesional y presentar un plan de intervención coherente para la familia y el niño(a), independiente de las profesiones involucradas.

5. Reunión con familia/niño(a) para presentar el Plan de Intervención

Objetivo	Retroalimentar a la familia lo observado por el equipo en la evaluación y la propuesta de Plan de Intervención, recibir sus sugerencias si existen e incorporarlas al mismo.
Modalidad	Puede realizarse vía presencial o telemática, asegurando que la familia cuente con la conectividad necesaria para ello.
Obligatoriedad	Sí
Cantidad de sesiones recomendadas	1
Énfasis esperado:	Asegurar una comunicación horizontal con la familia, ser capaz de explicar los resultados de la evaluación y la propuesta de plan de intervención en un lenguaje claro. Ser también capaz de lograr que la familia pueda expresar con libertad su opinión y sugerencias respecto al mismo sin inhibición o temor.

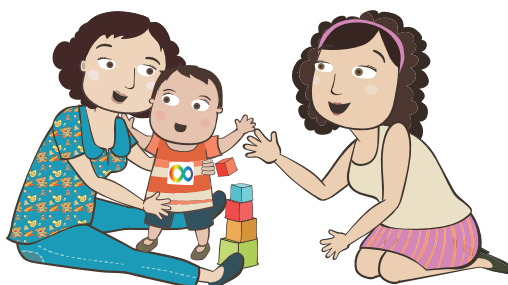


Todas las actividades del período de evaluación deben enmarcarse fielmente en los principios Sala Inclusiva, descritos en páginas 38 - 39 y en el respeto irrestricto de los derechos de niños y niñas con discapacidad.

Todas las actividades realizadas en este proceso de evaluación deben ser registradas de manera obligatoria en el "Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo" (SRDM) de Chile Crece Contigo.

NO corresponde que la Sala Inclusiva realice actividades de etapa 2 en adelante, en niños(as) que no cumplen criterios de inclusión para intervención (p.ej: Evaluaciones de T.O por integración sensorial en niños(as) sin discapacidad, evaluación de Fonoaudiología por rendimiento escolar o TEL, etc.).

3. Diseño del plan de intervención co-construido con el niño(a) y su familia



Una vez realizada la evaluación inicial integral por parte del equipo profesional, se propondrá el plan de intervención al niño(a) y su adulto responsable, el cual contempla tres aspectos fundamentales:

a **Cuáles áreas** se proponen como prioritarias a trabajar.

b **Qué resultados** se espera obtener.

c **Cómo sabremos** cuando un resultado se obtiene o no.

El acuerdo explícito entre el niño(a), familia y equipo respecto a estos 3 aspectos facilita el ajuste de expectativas claras para todos durante la intervención y la evaluación de la misma.

3.1 Construcción de matriz de objetivos del Plan de Intervención

En base a lo anterior y para facilitar la incorporación de los aspectos relevantes para la intervención en Sala Inclusiva, se propone la siguiente matriz de construcción de objetivos del plan.

Niveles/Áreas de Atención	Desarrollo	Funcionamiento	Bienestar	Participación
Individual				
Familiar				
Comunitario				

Considerar que:

1. No todos los planes de intervención requieren tener objetivos en todas las celdas pero sí en todos los niveles y asegurando al menos 1 objetivo en cada área.
2. Se deben establecer objetivos prioritarios, dependiendo de las áreas de atención más urgentes en consenso con la familia y el niño(a).
3. El Plan de Intervención debe ser evaluado y actualizado según el tiempo máximo para cada edad y situación, establecido en página 59, Figura nº 11.

Se recomienda realizar reuniones conjuntas periódicas de análisis de casos en la Red Comunal Chile Crece Contigo

Como se mencionó anteriormente, una vez propuesto el plan de intervención al niño(a) y su familia, y en el caso de que ellos(as) manifiesten observaciones al mismo, se deberán incorporar las modificaciones pertinentes al plan. Este plan deberá explicitar al menos:

Áreas de trabajo y objetivos prioritarios

Modalidad, profesionales y frecuencia de atenciones

Resultados esperados

Plazo de ejecución del plan

Una vez acordado el Plan de Intervención entre la familia y el equipo, se requiere la firma de un consentimiento escrito, que será anexado a la carpeta o ficha de caso en Sala Inclusiva. En **Anexo n°6**, se presenta propuesta para este documento, debiendo proveer también copia a la familia, impresa o digital.

3.2 Ejecución del Plan de intervención – Consideraciones básicas

¿Qué sabemos sobre efectividad y eficacia de las intervenciones?

<input checked="" type="checkbox"/>	Sesiones de larga duración (1 hora o más) pero baja frecuencia pueden generar fatiga en el niño(a) y familia, y pobres resultados de impacto.
<input checked="" type="checkbox"/>	Sesiones de breve duración (20 minutos o menos) pueden impedir que el niño(a) se aclimate para sacar provecho de la sesión y que se pueda hacer un trabajo efectivo de involucramiento y modelaje al adulto significativo, de las estrategias usadas en la sesión y las recomendaciones para realizar en casa.

<input checked="" type="checkbox"/>	Las sesiones que generan alto estrés en el niño(a) no son efectivas en consolidar aprendizaje de nuevas habilidades.
<input checked="" type="checkbox"/>	La habilidad del terapeuta para generar un vínculo con el niño(a) y su adulto significativo se asocia con mayor efectividad de la terapia.

Por lo anterior, se propone a continuación un esquema de sesión general, considerando las acciones mínimas a realizar, que faciliten y posibiliten sesiones efectivas para el logro de los objetivos del plan de intervención.



Figura n°9: Esquema de sesión tipo (45 min.):

<input checked="" type="checkbox"/>	Saludo inicial
<input checked="" type="checkbox"/>	Aclimatación del niño(a) al espacio
<input checked="" type="checkbox"/>	Señalamiento del objetivo principal de la sesión
<input checked="" type="checkbox"/>	Aplicación de las estrategias de la sesión concordantes con objetivo principal
<input checked="" type="checkbox"/>	Adaptación de las estrategias si se requiere
<input checked="" type="checkbox"/>	Señalamiento al adulto de cómo potenciar o reforzar en el hogar lo trabajado en la sesión (escribir en caso ser necesario)
<input checked="" type="checkbox"/>	Cierre y despedida
<input checked="" type="checkbox"/>	(Programación de la siguiente sesión)
<input checked="" type="checkbox"/>	Autoevaluación profesional del resultado de la sesión

3.3 Consideraciones para el trabajo según área de desarrollo, funcionamiento o bienestar mayormente afectada

A continuación, se presentan algunas áreas preferentes de intervención. Cabe mencionar que dado los enfoques y principios que guían la acción de las Salas de Inclusión, independientemente de la profesión de origen, se definen algunas **áreas transversales** de intervención que deben ser abordadas por todos los profesionales. Esto, en razón de que este grupo de niños, niñas y familias tienen las mismas necesidades afectivas, de apoyo a la crianza, participación social, etc. que la población general, pero suelen quedar excluidas de las acciones generales de promoción en Chile Crece Contigo y otros dispositivos (talleres Nadie es Perfecto⁶, talleres de promoción del desarrollo, acceso a educación, entre otros).

Adicionalmente y de acuerdo al entrenamiento profesional, se establecen áreas preferentes de intervención que deben incorporarse cuando exista la necesidad en cada caso particular.

6. Es importante conocer que, de acuerdo con lo indicado por el Ministerio de Salud, NO existe causal de exclusión para que los cuidadores de niños(as) que se atienden en Sala Inclusiva ingresen al Taller Nadie es Perfecto, ya que este taller sólo excluye familias de niños(as) con necesidades especiales severas. Por ello y tratándose de una prestación universal de Chile Crece Contigo, deben acceder a este taller todas las familias que no están explícitamente excluidas por la normativa MINSAL.

Figura n° 10: Áreas transversales y preferentes de intervención.



7. Las certificaciones disponibles en Chile se centran en las profesiones de terapia ocupacional y kinesiología, pero existen certificaciones internacionales que permiten a los fonoaudiólogos poder realizar apoyo también en este ámbito.

3.4 Esquema general de sesiones según necesidades, edad y objetivos de trabajo.

A continuación, se muestra un esquema de organización general para la atención en Sala Inclusiva, con el objetivo de facilitar que los procesos de intervención se implementen con estándares mínimos para su mayor efectividad, independiente del territorio en que viva la familia.



Consideraciones:

1

Este esquema no reemplaza el criterio clínico del profesional, que puede realizar modificaciones en los casos en que lo considere necesario o la familia lo solicite, debiendo sí estar preparado(a) para fundamentar y justificar dichas modificaciones de ser solicitado.

2

Se establecen diferenciaciones por edad, en contexto de que el primer año de vida implica un período especialmente sensible para el desarrollo, por lo cual el monitoreo acucioso de la pertinencia y avances de las intervenciones es especialmente relevante en esta etapa.

3

Para efectos de registro, las sesiones correspondientes al período de evaluación se contabilizan desde la etapa 2 en adelante para efectos de los máximos establecidos en figura a continuación.

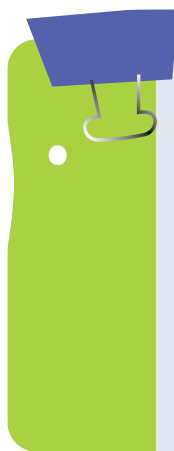
Figura n°11: Organización de la atención por cantidad, intensidad y frecuencia de sesiones
Discapacidad o Condición Asociada a Discapacidad

	Leve	Moderada
Rango de tiempo máximo del Plan de Intervención según edad*	0-12 meses de edad: 3 meses	0-12 meses de edad: 5 meses
	1 a 4 años: 6 meses	1 a 4 años: 6 meses
Total de Sesiones máximas por Plan de Intervención*	0-12 meses: 24	0-12 meses: 60
	1 a 4 años: 48	1 a 4 años: 72
Frecuencia Sesiones	1-2 veces por semana	Al menos 2 veces por semana
Modalidad de Atenciones	Primer mes Individual y luego intercalar con grupal	Primer mes individual y luego evaluar incorporación sesiones grupales
	Talleres parentales: presencial, telemáticos o mixtos	Talleres parentales: presencial, telemáticos o mixtos
Tipo de atenciones	Presencial con algunas sesiones online	Presencial con algunas sesiones online
Rendimiento Atenciones	Individual: 45 a 60 minutos por profesional	Individual: 45 a 60 minutos por profesional
	Grupal: 60 minutos por profesional	Grupal: 60 minutos por profesional
	Taller de apoyo parental: 60 - 90 minutos por profesional y/o monitor(a) de la comunidad ⁸	Taller de apoyo parental: 60 - 90 minutos por profesional y/o monitor(a) de la comunidad.

*Tiempo máximo o sesiones máximas no significan necesariamente egreso sino requerimiento de revisión de progreso y ajuste oportuno al Plan de Intervención en caso de requerirse; para asegurar la efectividad y pertinencia de las acciones que se están realizando con el niño(a), su familia y su comunidad.



⁸ Se recomienda tomar contacto y formar alianzas sinérgicas con agrupaciones de familiares y otras organizaciones de la sociedad civil que ya estén presentes en el territorio, para el óptimo desarrollo de estas actividades con pertinencia y vinculación con la comunidad.



En la programación propuesta a la familia es importante también tener a la vista las otras instancias en que el niño(a) está siendo intervenido (educativas, sanitarias o comunitarias) y priorizar siempre que sea posible que las intervenciones de Sala Inclusiva no perjudiquen su participación en el entorno. (p.ej: citar fuera de horario del jardín, intentar no interferir con talleres u otras actividades, facilitar la participación de padres (varones) en las sesiones, etc.).

3.5 Definiciones generales por tipo de sesión

a Sesiones individuales:

Consisten en sesiones en que participa el niño(a), su adulto responsable y 1 o más profesionales del equipo.

Se consideran sesiones individuales aunque sean realizadas en un mismo espacio con otro niño(a), familia y profesional, si es que no existe una programación efectiva de intervención grupal en esa sesión.

Rendimiento esperado: 45-60 minutos.

b Sesiones grupales:

Consisten en sesiones en que participan al menos 2 y hasta 4 niños(as), sus adultos responsables y 1 o más profesionales del equipo.

Los grupos de intervención pueden ser configurados de acuerdo a las necesidades terapéuticas de los niños(as) y el aporte que puede significar la interacción inter-pares en el logro de objetivos de intervención, tanto para los niños(as) como para sus adultos responsables.

Rendimiento esperado: 45-60 minutos en bebés menores de 12 meses.
60-90 minutos en niños(as) mayores de 12 meses.

Razón profesional/niños(as): 1 profesional cada 2-3 niños(as).

Si por alguna razón no es posible realizar la sesión presencial o alguna familia no se puede sumar, se pueden realizar de manera telemática o híbrida si las condiciones de conectividad lo permiten.

Se pueden complementar también con material práctico que se envíe a las familias a través de correo electrónico, complementando con un seguimiento telefónico de dicha sesión para aclarar dudas o reforzar aprendizajes.

C Talleres de apoyo parental y fomento de habilidades:

Existe múltiple evidencia de la efectividad y mejor aceptación de intervenciones de apoyo parental cuando se realizan por agentes de la comunidad o pares capacitados, en razón de que:

- Se genera con mayor facilidad un espacio de aceptación compartida.
- Se mitigan barreras asociadas al rol de “experto” en la intervención profesional
- Se generan efectos positivos en la percepción de apoyo social en familias que habitualmente se sienten solas y aisladas en su entorno comunitario.
- Se recomienda un diseño mixto, en que se genere una alianza entre las organizaciones de la sociedad civil presentes en el territorio, para contar con un(a) monitor(a) que pueda realizar sesiones conjuntas con el/la profesional.
- Se sugiere un grupo cerrado de 6-8 personas, con un taller de 4 sesiones, pero asegurando que no pase más de 1 mes en que una familia manifieste disposición a asistir y que sea citada al mismo.

Rendimiento esperado: 60 - 90 minutos por sesión.

Modalidad: Telemática o presencial.

Frecuencia: Semanal o quincenal.

Temáticas recomendadas para abordar:

- Desafíos en la crianza de niños(as) neurodiversos.
- Apego seguro y necesidades emocionales en niños(as) neurodiversos.
- Autocuidado de madres, padres y cuidadores.
- Redes y servicios de apoyo disponibles en la comunidad.

3.6 Monitoreo y evaluación del Plan de Intervención

El Plan de Intervención de cada niño(a) debe ser evaluado en su pertinencia y avance en el cumplimiento de objetivos al menos en los plazos máximos establecidos en Figura nº 8, de acuerdo a su edad.

Para dicha evaluación pueden aplicarse instrumentos específicos que faciliten objetivar progresos en áreas específicas, pero es esencial también cotejar la visión respecto al progreso al menos de:

<input checked="" type="checkbox"/>	Familia
<input checked="" type="checkbox"/>	Niño(a)
<input checked="" type="checkbox"/>	Entorno educativo si está escolarizado
<input checked="" type="checkbox"/>	Otros tratantes
<input checked="" type="checkbox"/>	Otros espacios relevantes para ese niño(a) en particular.

Según la información recabada en el proceso, el equipo conjuntamente con la familia debe realizar las acciones de acuerdo a lo establecido en acápite “Flujo de Egreso” establecido en el punto 3.9, según alguno de estos estados:



3.7 Efectividad de las sesiones y su relación con los objetivos del Plan de Intervención

Sucede frecuentemente que las sesiones que se planifican no ocurren exactamente de acuerdo a ello, y un terapeuta hábil logra adaptar las actividades programadas según lo que va emergiendo en la sesión pero sin perder de vista el objetivo principal de la sesión y su relación con el plan de intervención.

Cuando sucede recurrentemente con un niño(a) en particular o cuando el terapeuta no percibe avances claros a lo largo de las sesiones, es útil revisar si estamos realizando los pasos mínimos para facilitar que una sesión sea exitosa.

A continuación se proporciona una Lista de Verificación para uso del terapeuta, recomendándose que:

- a. Sea utilizada al menos una vez en cada Plan de Intervención.
- b. Sea utilizada al menos 3 veces seguidas en caso de sesiones recurrentemente no exitosas con un niño(a) en particular.
- c. En caso de tener al menos 3 ítems recurrentes en estado “NO”, se recomienda supervisar el caso en equipo local o en Plan de Acompañamiento de la Sala Inclusiva.

Figura n°12: Lista de verificación ejecución de la sesión

Lista de verificación de la Sesión	SÍ/NO
Planifiqué la sesión considerando los objetivos del plan de intervención	
Preparé el espacio de acuerdo al objetivo principal de la sesión	
Saludé al niño(a) y busqué correspondencia	
Di tiempo al niño(a) para aclimatarse al espacio y jugar brevemente de manera libre	
Explicité al niño(a) y familia el objetivo principal de la sesión	
Realizamos actividades concordantes con ese objetivo	
Si el niño(a) manifestó ansiedad, estrés, rechazo o reacciones similares en una actividad de la sesión, logré reemplazarla por otra que apunte al mismo objetivo y sea mejor tolerada	
Explicité al niño(a) y familia avances o desafíos en la sesión	
Explicité al adulto cómo reforzar en casa lo trabajado en la sesión	
Percibo que el adulto comprendió lo referido en punto anterior	

3.8 Egreso: criterios y flujo

Criterio Egreso por Resultado:



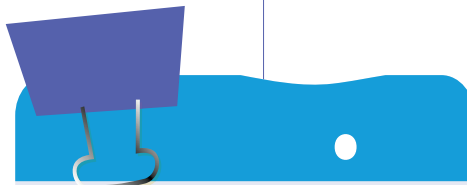
Familia y equipo consideran que se han cumplido los principales objetivos establecidos en el Plan de Intervención (en los distintos niveles) y no emergen nuevas necesidades que requieran intervención actual en la Sala Inclusiva.

Consideraciones adicionales:

<input checked="" type="checkbox"/>	Una condición o diagnóstico no constituye por sí misma una necesidad de intervención. Se requiere objetivar una necesidad específica con el niño(a), familia y equipo.
<input checked="" type="checkbox"/>	Las intervenciones permanentes sin foco claro ni evaluación periódica de avances son menos efectivas.
<input checked="" type="checkbox"/>	La coordinación durante la intervención con otros actores de la Red Comunal Chile Crece Contigo (salud, educación, protección social, etc.), es parte de las acciones requeridas para lograr que el niño(a) y familia accedan de manera oportuna y pertinente a todas las prestaciones que les correspondan.
<input checked="" type="checkbox"/>	Se deben balancear los beneficios esperados con la inversión en tiempo, dinero y energía del niño(a) y familia en asistir a las intervenciones.
<input checked="" type="checkbox"/>	Se debe resguardar especialmente también que las intervenciones de Sala Inclusiva no interfieran con la participación de niños y niñas en sus entornos educativos, en condiciones de equidad con sus compañeros(as) (p.ej.: horario de citaciones) y que cuando no exista otra alternativa, los beneficios de la intervención superen a los efectos negativos de esa interrupción.

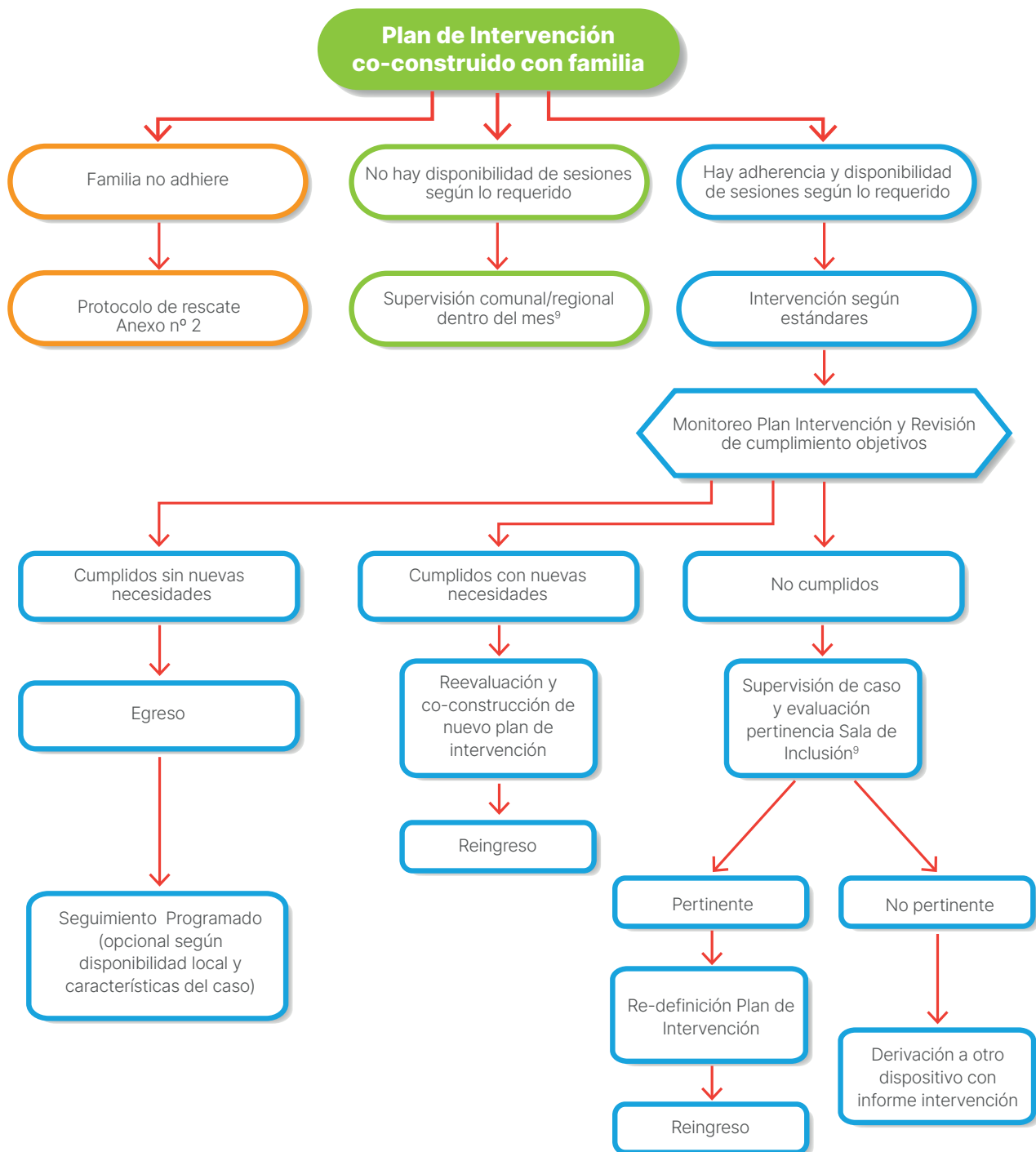
Otros criterios administrativos para cierre de caso:

<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Abandono: Tras la aplicación de al menos 2 intentos de rescate en fechas distintas y con derivación obligatoria de caso a Coordinador(a) Comunal Chile Crece Contigo.</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Traslado: Aplica en caso de cambio de ciudad o región, requiere elaboración de informe de intervención para ser presentado a nuevo equipo (según oferta comunal).</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>NO se permite el egreso de niños(as) por haber completado cantidad de sesiones máximas si aún no se alcanzan los objetivos del Plan de intervención.</p>



En **anexo n° 7** se propone una **“Lista de Verificación de Criterios de Egreso”**, para facilitar el monitoreo de las acciones necesarias en esta etapa, según los objetivos y principios de Sala Inclusiva.

3.9 Flujo de Egreso



⁹ La supervisión comunal corresponde a Encargado(a) y Coordinador(a) Comunal Chile Crece Contigo y si se requiere apoyo del nivel regional, esta corresponde al Encargado Regional Chile Crece Contigo en las Seremías del MDSF.

IV. Coordinación con Intersector

En este capítulo se relevan las acciones esenciales a realizar en contexto de la atención de niños y niñas en Sala Inclusiva y en el marco de las prestaciones que gestiona el Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo.

1. Detección de riesgos biopsicosociales

En razón de la relevancia del **modelo biopsicosocial** como marco esencial para la intervención efectiva en primera infancia y considerando que la mayor parte de la población atendida cuenta con vulnerabilidades biopsicosociales que complejizan más sus oportunidades de desarrollo, la **gestión intersectorial** se considera un área priorizada de la intervención en Sala Inclusiva.

Para ello y como se detalló en Cap. III, la aplicación de la “**Pauta de Riesgo Biopsicosocial**” (Anexo 3) es obligatoria para todos los niños(as) que asistan a la modalidad, independiente de si ingresan o no a intervención y por cuánto tiempo. Asimismo, el registro de los hallazgos de la misma es obligatorio en el **Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM)** de Chile Crece Contigo (detalle en capítulo V) y corresponde al profesional de Sala Inclusiva que aplique la pauta.

Figura n°13: Flujo detección de riesgos en Sala Inclusiva



En acápite 4.3 se especifican todos los aspectos relativos a la coordinación y prioridad de acceso a gestión de alertas para niños(as) atendidos en la Sala Inclusiva, por parte de la Red Comunal Chile Crece Contigo.

2. Coordinación con sector Salud

2.1 Coordinación con la Atención Primaria de Salud (APS)

A continuación, se describen algunas acciones obligatorias de realizar en los establecimientos de salud primaria, para todos los niños(as) inscritos, incluyendo a aquellos con discapacidad:

a) Control de salud del niño y la niña de acuerdo a calendario por edad

Edad del niño o niña	Profesional que realiza el control	Tipo de control
Recién nacido antes de los 10 días de vida	Matrona	Control de la díada madre – hijo o hija
1 mes	Médico	Control de salud y desarrollo
2 meses	Enfermera(o)	Control de salud y desarrollo
3 meses	Médico	Control de salud y desarrollo
4 meses	Enfermera(o)	Control de salud y desarrollo
5 meses	Nutricionista	Consulta nutricional
6 meses	Enfermera(o)	Control de salud
	Odontólogo(a)	Control con enfoque de riesgo odontológico
8 meses	Enfermera(o)	Control de salud y desarrollo
12 meses	Enfermera(o)	Control de salud
	Odontólogo(a)	Control con enfoque de riesgo odontológico
18 meses	Enfermera(o)	Control de salud y desarrollo
2 años	Enfermera(o)	Control de salud
	Odontólogo(a)	Control con enfoque de riesgo odontológico
3 años	Enfermera(o)	Control de salud
	Odontólogo(a)	Control con enfoque de riesgo odontológico
3 años 6 meses	Nutricionista	Consulta nutricional
4 años	Enfermera(o)	Control de salud
	Odontólogo(a)	Control con enfoque de riesgo odontológico
5 años	Enfermera(o)	Control de salud
	Odontólogo(a)	Control con enfoque de riesgo odontológico
6 años	Enfermera(o)	Control de salud
	Odontólogo(a)	Control con enfoque de riesgo odontológico GES
7 años	Enfermera(o)	Control de salud
8 años	Enfermera(o)	Control de salud
	Odontólogo(a)	Control con enfoque de riesgo odontológico
9 años	Enfermera(o)	Control de salud
	Odontólogo(a)	Control con enfoque de riesgo odontológico



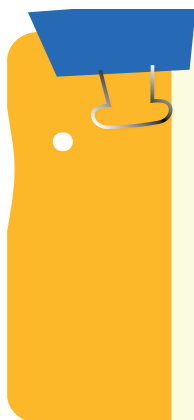
Estos controles no obstan a las otras atenciones que tenga el niño o niña en el nivel de especialidad si corresponde, pero se releva la importancia de fortalecer su inclusión en su dispositivo local de salud, junto con la integración de sus atenciones y las de su familia, en contexto del modelo de salud familiar y enfoque de curso de vida en la APS



b) Entrega de materiales de estimulación Chile Crece Contigo de acuerdo a lo que se describe en cuadro a continuación

En qué Control se entrega	Nombre del Material	Foto	Descripción/ Contenido	Entrega retroactiva hasta
<ul style="list-style-type: none"> Control de la Diada (7 a 10 días de vida del bebé) o entrega complementaria en Red Comunal Chile Crece Contigo. 	Cuaderno Descubriendo Juntos.		Libro de auto consulta sobre estimulación, desarrollo y crianza respetuosa entre los 0 y 2 años.	12 meses.
<ul style="list-style-type: none"> Control de los 4 meses. En operativo de entrega mensual Red ChCC. 	"Acompañándote a Descubrir 1".		Set de estimulación que contiene: <ul style="list-style-type: none"> 3 títeres de dedo. 1 pelota suave con sonido. 1 set de fichas de estimulación. 1 set de 4 vasos apilables. 	11 meses.
<ul style="list-style-type: none"> Control de los 12 meses. En operativo de entrega mensual Red ChCC. 	"Acompañándote a Descubrir 2".		Set de estimulación que contiene: <ul style="list-style-type: none"> 1 set de bloques de madera. 1 libro de cuento interactivo. 1 set de fichas de estimulación. 	1 año 11 meses.
<ul style="list-style-type: none"> Control de los 2 años. En operativo de entrega mensual Red ChCC. 	"Acompañándote a Descubrir 3".		Set de estimulación que contiene: <ul style="list-style-type: none"> 1 libro de colores. Libro "Juguemos en el campo". 1 puzzle de madera. 	2 años 11 meses.
<ul style="list-style-type: none"> Entrega en red Comunal Chile Crece Contigo o Establecimientos públicos con niveles de educación parvularia. 	Set de tarjetas "Contemos una Historia".		36 Tarjetas para construir historias libres, orientadas al fomento de lenguaje e imaginación de niños y niñas.	En nivel medio menor jardín infantil.
<ul style="list-style-type: none"> Entrega en red Comunal Chile Crece Contigo o Establecimientos públicos con niveles de educación parvularia. 	Tablero magnético ¿Cómo estamos hoy? Versión para familia.		Tablero y lámina magnética con y fichas para identificar las emociones.	En nivel medio mayor jardín infantil.
<ul style="list-style-type: none"> Entrega en red Comunal Chile Crece Contigo o Establecimientos públicos con niveles de educación parvularia. 	Tablero magnético ¿Cómo estamos hoy? Versión para aula educativa.		Tablero para salas con fichas magnéticas para identificar las emociones a nivel de curso.	Establecimientos de educación parvularia.

Para mayor información de los materiales se puede revisar el listado completo en el sitio de www.crececontigo.gob.cl en este link: <https://www.crececontigo.gob.cl/faqs/cuales-son-los-materiales-que-entrega-chile-crece-contigo/>



Estos materiales de estimulación deben entregarse en el centro de salud, Red Comunal o jardín infantil **independiente de la condición o grado de discapacidad del niño o niña**, en el control correspondiente a su edad o según criterio de entrega descrito en cuadro.

En caso de que el niño(a) no haya recibido material correspondiente se debe facilitar gestión de entrega mediante la coordinación con contraparte de Coordinador(a) ChCC.

c) Aplicación de pautas e instrumentos de monitoreo del desarrollo según lo establecido en Norma Técnica del Programa de Salud Infantil¹⁰, en particular instrumento M-CHAT-R/F para niños(as) entre los 16 y 36 meses.

Este instrumento está validado en Chile para la detección de signos de riesgo de autismo en niños y niñas. Su aplicación está normada por el Programa Nacional de Salud Infantil del Ministerio de Salud, para los niños(as) para niños(as) entre los 16 y 36 meses, con acciones establecidas en salud para los niños(as) que salgan con puntaje alterado en este instrumento.

2.2 Referencia y contrarreferencia entre APS y la Sala Inclusiva

El sector salud es parte del circuito de derivación a Sala Inclusiva, de acuerdo a lo especificado en acápite “Flujo de ingreso” (pág.47). Por ello, se recomienda que a nivel local se establezcan o refuercen protocolos específicos de referencia y contra-referencia **de acuerdo a la realidad local y resguardando el cumplimiento de lo establecido en este documento.**

A continuación se establecen algunas consideraciones generales para este proceso:

- » El resultado de retraso en test de desarrollo por sí mismo o **no presentar avances en intervención de sala de estimulación, no es condición suficiente para el ingreso a Sala Inclusiva**, si no se cumplen las otras condiciones mencionadas en acápite “Prioridad en la atención” (pág. 42).
- » Resultado alterado en M-CHAT-R/F en control sano puede ser causal de derivación pero no reemplaza las acciones establecidas por el sector salud en este caso (seguimiento, evaluación médica y/o

10. MINSAL, 2021. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Cap%C3%ADtulo-3.pdf>.

derivación a especialidad, según lo que establece Norma Técnica del Programa de Salud Infantil), siendo el seguimiento de las mismas parte necesaria del monitoreo del plan de intervención.

- » En caso de que un niño/niña ingrese a la Sala Inclusiva, deberá ser egresado de sala de estimulación o MADI anterior.
- » En caso de que él/ella no cumpla los criterios de inclusión establecidos para Sala Inclusiva, deberá seguir plan de intervención en la MADI de origen en centro de salud o comunitario, de acuerdo a lo establecido en Orientaciones Técnicas generales para MADIS¹¹.

2.3 Coordinación con equipos de especialidad en salud

En caso de que el niño(a) tenga un médico o equipo tratante en nivel de especialidad, se considera beneficioso que exista coordinación conjunta para reforzar coherencia en objetivos terapéuticos y mitigar las discordancias en las indicaciones que puedan recibir las familias por parte de distintos equipos.

Esta coordinación puede ser vía informes periódicos o reuniones telemáticas si existe la posibilidad. Se recomienda que estas instancias ocurran a lo menos al inicio y al final de cada Plan de Intervención y deben ser coordinadas conjuntamente con contraparte local del equipo de cabecera APS que atiende al niño(a).



En pro de favorecer mecanismos más horizontales de relación familia – equipos y real participación del niño(a) y su familia como agentes activos del proceso de intervención, **se recomienda que la familia también participe de estas reuniones de coordinación** de equipos Sala Inclusiva, tanto con contrapartes de salud, como de educación cuando corresponda.

11. MINSAL, 2012. [Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil.](#)

2.4 Coordinación con Red Comunal Chile Crece Contigo

Como parte del modelo biopsicosocial y considerando la mayor vulnerabilidad de niños y niñas foco de las atenciones de Sala Inclusiva, se considera esencial la adecuada coordinación del equipo de Sala Inclusiva con el/la Coordinador(a) Comunal ChCC y la Red en su conjunto con los siguientes objetivos:

<input checked="" type="checkbox"/>	Asegurar que niños, niñas y sus familias acceden a toda la oferta de servicios y prestaciones que les correspondan.
<input checked="" type="checkbox"/>	Identificar y visibilizar de manera oportuna riesgos o barreras para el desarrollo y bienestar de niños, niñas y sus familias.
<input checked="" type="checkbox"/>	Mejorar los niveles de sensibilización, educación e información sobre discapacidad y neurodiversidad en la Red Comunal y todas las instituciones parte de la misma.
<input checked="" type="checkbox"/>	Establecer sinergias y alianzas colaborativas en beneficio de niños, niñas y sus familias.

Asimismo, la razón de ser de las Redes Comunales de Chile Crece Contigo, es establecer una instancia de coordinación que permita **dar respuesta oportuna y pertinente a las alertas de vulnerabilidad que se detecten en un niño, niña o familia**. Todas las otras funciones asignadas a las redes son necesarias sólo para fortalecer esta función central. Si la red no está contribuyendo a mejorar las condiciones de vida de los niños y niñas de su comuna, no está cumpliendo con su misión final

Por ello y para facilitar el logro de los objetivos anteriores, se consideran necesarias al menos las siguientes acciones:

- Incorporación de la Sala Inclusiva dentro del Mapa de Oportunidades Comunal y levantamiento de información para la identificación de dispositivos clave dentro de la red**, con especial énfasis en aquellos servicios, organizaciones e iniciativas que puedan contribuir a la difusión, derivación o sinergia en la atención con la Sala Inclusiva.
-

- ✓ Arqueo de información mensual con Coordinador(a) Comunal respecto a niños(as) con alertas de vulnerabilidad detectadas en Sala Inclusiva y estado de gestiones en Red Comunal.
- ✓ Presentación de oferta de Sala Inclusiva en Red Comunal Básica y Ampliada y análisis conjunto de casos complejos cada vez que se requiera.
- ✓ Elaboración de flujos y protocolos con los actores de la Red Comunal relevantes para el óptimo trabajo en Sala Inclusiva.
- ✓ Vinculación priorizada de Sala Inclusiva con organizaciones de la sociedad civil en el nivel local, que tengan relación con la discapacidad y generación de planes de trabajo conjunto.
- ✓ Incorporación de Sala Inclusiva en las acciones comunicacionales de difusión de servicios Chile Crece Contigo, en medios de comunicación local y otras instancias de articulación comunal (PLADECO, COSOC, etc.)
- ✓ Elaboración de estrategias para resolver los nudos en el acceso a las prestaciones.
- ✓ Definición de procedimientos para asegurar acceso a prestaciones Sala Inclusiva y ChCC en la población objetivo en el territorio (acciones educativas o de sensibilización, capacitaciones, seguimiento, estudios de brechas, etc.)

3. Gestión de alertas de vulnerabilidad, un tránsito de la detección a la acción.

Uno de los elementos que aparece como transversal a la labor desarrollada por las redes comunales es la intermediación de la oferta. Esta acción se define como un mecanismo de vinculación entre el programa o prestación y la familia y permite el seguimiento, derivación y resolución de las situaciones de vulnerabilidad y/o de riesgo biopsicosocial que pudieran afectar el normal desarrollo de niños y niñas y que fueron pesquisados en el acompañamiento a la trayectoria.

Existe consenso en la literatura respecto al impacto que tienen los factores de riesgo biopsicosocial sobre el desarrollo infantil, el cual se ve magnificado además si estos factores de riesgo ocurren durante la primera infancia. Dado que este período constituye una etapa altamente sensible en el desarrollo cerebral, la calidad del cuidado y del entorno en que se desarrolla el niño o niña, impactan significativamente en la manera en que su estructura y funcionamiento cerebral se construyen.

La información para la gestión debe ser provista por los actores de la red, siendo una acción prioritaria la “detección” que permita la activación de situaciones de vulnerabilidad (alertas), la posterior derivación, intervención y resolutivez adecuada de una situación identificada como riesgosa para un niño(a) y su desarrollo óptimo.

La gestión priorizada de alertas de vulnerabilidad en grupos prioritarios, establece que los/as Coordinadores/as Comunales, deberán abordar los casos en el orden de priorización que se indica a continuación:

Descripción de los grupos prioritarios:

Existen dos niveles de prioridad, de acuerdo a la urgencia con que las alertas de vulnerabilidad deben ser abordadas. Cada uno de estos niveles considera distintas variables de caracterización que da lugar a “Grupos de niños, niñas y gestantes”.

a Nivel 1 de prioridad

En este nivel, se ubica a los 4 grupos que son prioritarios para la intermediación de oferta, considerando grado de vulnerabilidad, daño al que pueden estar expuestos y el impacto que esto puede tener en su desarrollo.

La intermediación de oferta se debe organizar siguiendo estrictamente el orden que se señala a continuación:

1.	Niños(as) de 0 a 9 años y Gestantes adolescentes en Residencias SENAME.
2.	Niños(as) ingresados a Modalidad FIADI para niños(as) en situación de discapacidad (Sala Inclusiva).
3.	Niños(as) en situación calle identificados mediante los Programas de Calle u otro actor de la Red Comunal.
4.	Niños(as) pertenecientes al Programa Salud Mental Infantil (PASMI) en las comunas que cuentan con la oferta.

Las comunas que tengan en su territorio grupos con este nivel de prioridad, deberán gestionar todas las alertas de vulnerabilidad identificadas. Dependiendo del tamaño del equipo y de la cantidad de niños(as) incluidos/as en cada uno de estos grupos, el/la Coordinador/a podría avanzar a los grupos considerados en el Nivel 2 de prioridad, en caso contrario todos los esfuerzos deberán enfocarse en el Nivel 1.

Gran parte de las comunas del país no cuenta con ninguno de los 4 grupos enunciados anteriormente y por tanto deberán centrar los esfuerzos en el grupo número 5 que pertenece a un segundo nivel de prioridad.

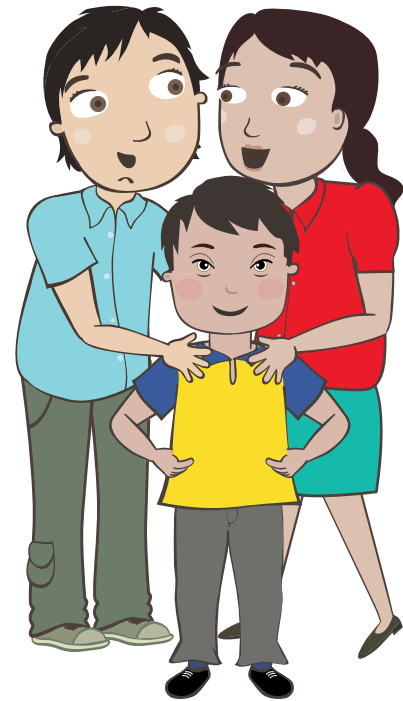
b Nivel 2 de prioridad

5.	Niños(as) que registran 3 o más alertas biopsicosociales detectadas a través de los controles de Salud.
6.	Niños(as) ingresados a Modalidades de estimulación del Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil (FIADI), que presente al menos un riesgo biopsicosocial.

Dependiendo de la cantidad de casos a abordar y de la disponibilidad de horas del/la Coordinador/a Comunal, se deberá avanzar a los siguientes grupos.

4. Rol de la familia, de la comunidad, escuela o jardín infantil.

Uno de los principales objetivos de la intervención temprana consiste en contribuir a que el niño o niña pueda relacionarse y desenvolverse con otras personas y en diferentes entornos, especialmente con los miembros de la familia y en la Escuela o Jardín Infantil. La mejor forma de alcanzar ese objetivo es implicando a las personas de trato directo para que puedan reforzar las acciones de intervención, y a la comunidad y Escuela o Jardín Infantil como agentes activos en la inclusión y respeto a la diversidad de los niños y niñas con discapacidad.



El principal elemento común entre las distintas familias con niños o niñas con discapacidad, es que en ellas hay un niño o niña con discapacidad. En todo lo demás, pueden ser tan distintas unas de otras como cualquier otro grupo de familias seleccionado aleatoriamente dentro de una comunidad. Aun así, este elemento en común es decisivo. Lo que afecta a cualquier integrante de la familia con algún grado de discapacidad inevitablemente va a repercutir en el resto de sus miembros, y en general las familias atraviesan dificultades similares: un proceso de duelo por la condición de su hijo o hija, problemas en la relación de pareja, dificultades en la atención de otros hijos(as), complicaciones en la conciliación familia-trabajo, entre otras. Por lo tanto, además de poner el foco en el niño o niña es importante fomentar actividades de autocuidado, ayudar a gestionar el tiempo y las relaciones, y fortalecer redes de apoyo social (con amigos, familiares y otras familias en situaciones y experiencias similares) debido a que, si desde la familia existe un ajuste positivo a los desafíos, esto va a repercutir satisfactoriamente en el bienestar y desarrollo del niño o niña, y viceversa.

Las necesidades de los niños y niñas con discapacidad son muchas, los recursos suelen ser escasos y los gastos, enormes. Los padres, madres y cuidadores/as transitan por distintos espacios en la comunidad para que sus hijos(as) puedan participar en equidad con el resto de los niños(as) y muchas veces terminan aprendiendo a ser firmes defensores/as de sus niños, con el fin de tener acceso a los recursos necesarios que estén disponibles en la comunidad para ellos(as). Para poder facilitar que sus hijos(as) puedan participar de la vida en comunidad, en

equidad con otros niños(as) del territorio, es deseable que en la intervención Sala Inclusiva se pueda facilitar en madres, padres y/o cuidadores:

1. La comprensión de las necesidades de su hijo o hija, en los diversos aspectos.

2. Herramientas para explicar esas necesidades a distintas personas y en diferentes contextos.

El conocimiento de los recursos comunitarios disponibles, y saber
3. dónde encontrar recursos para satisfacer las necesidades de su hijo o hija.

4. El conocimiento de los derechos legales de su hijo o hija, así como los procedimientos para reclamarlos.

Herramientas para la toma de decisiones informadas acerca de las elecciones que deben hacer entre distintos tipos de servicios y cuidados disponibles a nivel local, regional y/o nacional.

Cuando los niños y niñas con discapacidad y sus familias se encuentran insertos en la comunidad, se les hace partícipes de las actividades educativas, culturales, recreativas, etc: el niño(a) utiliza a la comunidad como recurso en su proceso de aprendizaje y así como los niños y niñas aprenden de la comunidad, la comunidad aprende de ellos(as). Niños y niñas están en constante comunicación con los integrantes de la comunidad y aprenden de su entorno.

La comunidad debe interactuar con los servicios de salud y educación, e informarse sobre los asuntos relacionados con la discapacidad. También debe promover la conciencia en cuanto a los derechos a educación, atención de salud y transporte de las personas con discapacidad y sus familias. Así también, la comunidad debe dar información sobre los servicios disponibles para las personas con discapacidad y sus familias, como, por ejemplo, Agrupaciones de Padres y Familiares, Fundaciones, Organizaciones no Gubernamentales (ONG), entre otros.

Las Escuelas y Jardines Infantiles, por su posición y posibilidades de contribución al

desarrollo de los niños y niñas, adquieren una enorme trascendencia en el propósito de fomentar la autonomía e independencia de niños y niñas con discapacidad. Para concretar ese propósito, resulta fundamental que los establecimientos educacionales se comprometan con tres tareas muy importantes:

- La identificación de las barreras y facilitadores que mediatizan
1. la presencia, el aprendizaje y la participación de los niños y niñas con discapacidad.



2. Promover la reflexión en torno a qué está facilitando o dificultando el desarrollo de culturas, políticas y prácticas más inclusivas dentro del establecimiento y en la comunidad.



3. Ser partícipes directos en los procesos de planificación e implementación de las iniciativas para la mejora e innovación escolar.



Los/las profesionales pueden coordinar visitas a estos establecimientos, realizar talleres temáticos abiertos y reuniones con los/as educadores/as, para garantizar el compromiso y responsabilidad de la comunidad educativa con el aprendizaje y el desarrollo de todos/as y cada uno de sus estudiantes, a cuyo fin le resultará imprescindible el conocimiento pleno de las características y particularidades de cada niño y niña, el dominio de los contenidos, métodos y metodologías de la enseñanza y su preparación para dirigir el proceso educativo, lo que presupone su capacidad para la interacción con los factores familiares y comunitarios.

Tanto las familias como la comunidad y los centros educativos, cumplen un rol fundamental en la promoción de la participación de niños y niñas con discapacidad. Es trascendental que estos tres agentes se relacionen en una constante interacción y retroalimentación, para lo cual resulta imprescindible la apertura, comunicación y colaboración mutua, todo en pro de la creación de entornos amigables a nivel físico, social y cultural.

5. Coordinación con equipos de ONG's o dispositivos privados

La resolución de problemáticas vinculadas al desarrollo de niños, niñas y familias requiere de acciones coordinadas entre distintos organismos. En este sentido, los sectores públicos y privados deben complementar su accionar con el fin común de lograr el máximo potencial de desarrollo de niños y niñas. Los organismos privados pueden complementar el accionar de la red pública, dado que en ocasiones ofrecen prestaciones o servicios que no están contemplados en el servicio público. Dichas prestaciones frecuentemente responden a las necesidades del y para el desarrollo de niños y niñas.

Por ejemplo, niños y niñas con trastornos del espectro autista requieren de diversos servicios del sector público de salud. Sin embargo, sólo se han reconocido prestaciones de servicios de Chile Crece Contigo a niños, niñas en el espectro autista de 5 a 9 años de edad¹². De igual forma, se observan instituciones privadas como la Asociación chilena de padres y amigos de los autistas (ASPAUT, Amasperger y otras), orientadas a favorecer la calidad de vida de las personas en el espectro autista. Esto último conlleva a una superposición de servicios a poblaciones de niños y niñas, y un desafío ante la medición del cumplimiento de estándares de calidad en los servicios.

La falta de oferta en distintos ámbitos para los niños y niñas con discapacidad ha llevado en muchas instancias a organizaciones de la sociedad civil, por ejemplo, agrupaciones de padres y familiares, fundaciones y otras entidades privadas, a organizarse para dar respuesta en esos ámbitos. Esto ha significado que desde el territorio surjan distintos actores e iniciativas con experiencia en la temática de niñez y discapacidad, que pueden ser complementarios a la coordinación que se genere entre los equipos de Sala Inclusiva y los dispositivos de salud primaria, educación inicial y protección social. Estas coordinaciones, tal como se indica para el resto de las modalidades de Chile Crece Contigo, deben aspirar a desarrollar vinculaciones de alta intensidad, lo cual implica gestión de la información, visiones comunes, estrategias acordadas y metas comunes.



12. Oficio N°23125 con fecha 03.04.2019 de la cámara de diputados. Programa, diagnóstico, asistencia y tratamiento asociados para niños, niñas y adolescentes con trastorno del espectro autista.

Desde la noción de intersectorialidad, ésta se entiende como la “acción conjunta de diversos sectores públicos y/o privados, en miras a la solución o respuesta integral de diversas problemáticas de carácter social¹³”. Es así como un principio fundamental para una atención integral en primera infancia es el trabajo coordinado en red. Para ello, las modalidades de apoyo al desarrollo infantil y en general la Red de Chile Crece Contigo, define la articulación comunal a través de la Red Básica conformada por el Municipio, el sector Salud y el sector Educación; mientras que la Red Ampliada está conformada por todos los organismos públicos o privados que se vinculan a niñez y sus familias (encontramos OPD, OMIL, ONG’s, entre otros).

Acciones mínimas esperadas a nivel comunal, regional y nacional

La **Sala Inclusiva** es parte de Subsistema a nivel local y por tanto, su implementación será monitoreada por la Encargada y Coordinador/a Comunal. Los profesionales deberán aportar con la información que se requiera para dar cuenta del desempeño de sus funciones.

Definición de acciones mínimas esperadas a nivel:

Comunal

Para la adecuada coordinación, se requiere como componente esencial la vinculación entre la Sala Inclusiva y todos aquellos dispositivos identificados en el Mapa de Oportunidades Comunal y el levantamiento de información específica realizado por el equipo. Es importante considerar la participación de estos dispositivos en la Red Comunal Chile Crece Contigo, pues esta instancia ayudará en la coordinación y articulación operativa para la gestión de casos. Esta Mesa Comunal ya se encuentra operativa en los territorios, por tanto, es una instancia en la que el equipo debe participar de manera obligatoria y plantear a los organismos que participan de ella, los objetivos de la Sala Inclusiva, presentar el levantamiento de información realizado en relación a dispositivos públicos y privados del territorio, proponer maneras de articulación, flujos de derivación, entre otros mecanismos necesarios para

13. Cunill Nuria (2005). La Intersectorialidad en el Gobierno y Gestión de la Política Social. X Congreso Internacional el CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct.

la gestión de casos, o proponer levantar una Mesa Técnica bajo su alero, de Infancia y Discapacidad, para ir proponiendo a la Red Comunal acciones colaborativas para mejorar las condiciones de niños y niñas con discapacidad y sus familias.

Regional

El/la Encargado/a Regional de Chile Crece Contigo deberá otorgar acompañamiento técnico a los profesionales de la Modalidad e informar a la autoridad local sobre el estado de la implementación y resultados obtenidos. En la Mesa Regional, deberá difundir la prestación y generar las articulaciones que se requieran para fortalecerla.

Es esencial considerar en las acciones de coordinación y articulación las características territoriales. Existen zonas de difícil acceso geográfico, además de la inexistencia de dispositivos para otorgar una atención oportuna a niños y niñas con discapacidad en ciertas comunas del país, por tanto, es necesario considerar los dispositivos privados regionales existentes. En este sentido, al igual que para las acciones a nivel comunal, luego de realizar el levantamiento de información regional, debe el equipo, bajo el alero de la Mesa Comunal, hacer llegar la información y las necesidades de coordinación a la Mesa regional Chile Crece Contigo. Esta Mesa puede otorgar asistencia técnica a las necesidades que levante el nivel comunal.

Nacional

La estructura de soporte nacional para estos fines, será la Mesa nacional del Chile Crece Contigo, representada a través del equipo de coordinación nacional, y que a partir del levantamiento de información realizado por cada uno de los equipos en terreno, tendrá la información completa de los dispositivos privados presentes en los territorios. Esta estructura tendrá la responsabilidad de establecer acciones globales que faciliten la operación de los territorios locales y la articulación de acciones para la atención, capacitación y asesoría a distancia de los dispositivos privados, a los que por

razones geográficas los equipos no tienen acceso. Se espera que esta acción sea de carácter voluntaria y colaborativa entre las partes.

El siguiente capítulo se especifican los indicadores que permitirán monitorear la eficiencia y eficacia de la implementación de la Sala Inclusiva en su conjunto, junto con el procedimiento de registro de actividades y atenciones en el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo de Chile Crece Contigo.

V. Indicadores de monitoreo de la Sala Inclusiva y registro de actividades

1. Indicadores de monitoreo de la Sala Inclusiva

Con el fin de monitorear el ajuste entre la implementación local y los objetivos globales de instalación de dispositivo de Sala Inclusiva, se establecen 8 indicadores iniciales de evaluación, cuyas fuentes de información corresponden tanto a data extraída de SRDM como de SIGEC.

Para conocer más sobre el SRDM, este video en el link: t.ly/awV9



Realiza el curso online de SRDM disponible en <https://aprendiendojuntos.ministeriodesarrollosocial.gob.cl>



Indicador		Medio de Verificación
1.	Número de niños(as) ingresados a la Sala Inclusiva	SRDM
2.	% de niños(as) ingresados a la Sala Inclusiva con plan de intervención aprobado por familia.	SRDM - SIGEC
3.	% de niños(as) que cumple objetivos del plan de intervención en tiempo T	SRDM
4.	Número de niños(as) que egresa de la Sala Inclusiva	SRDM
5.	Promedio de sesiones por niño(a) por Plan de Intervención	SRDM
6.	Frecuencia de sesiones por niño(a) por Plan de Intervención	SRDM
7.	Número de actividades de capacitación/sensibilización realizadas por la Sala Inclusiva	SRDM - SIGEC
8.	Promedio de actividades de capacitación/sensibilización por niño(a) atendido en Sala Inclusiva	SRDM - SIGEC



2. Registro de actividades y atenciones de la Modalidad en SRDM

Ingreso de atenciones de niños y niñas en Sala Inclusiva.

a) Ingreso y aplicación PRB

Para ingresar al módulo de Sala Inclusiva, debe ingresar al SRDM,

1 gestion.crececontigo.gob.cl/

2 Ingresar RUN y Contraseña

The screenshot shows the website's login page. On the left, there is a section titled 'Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo SRDM' with a description and a list of services. On the right, there is a 'Funcionarios' login form with fields for 'RUN' and 'Contraseña', and buttons for 'Entrar', 'Registrarse', and 'Recuperar contraseña'. A mouse cursor points to the 'RUN' field.

3 SELECCIONAR: DIGITACIÓN → MADIS

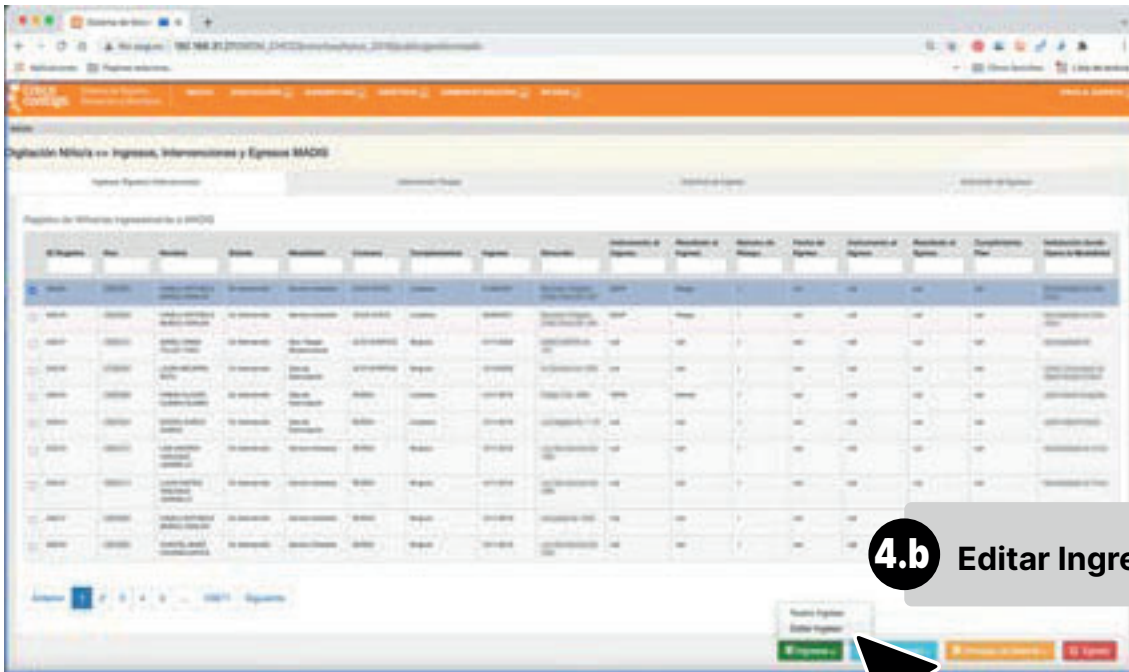
The screenshot shows the website's navigation menu. A mouse cursor points to the 'DIGITACIÓN' option. The menu also includes 'Inicio', 'Inicio', 'RUN', and 'ANEXOS'. The 'DIGITACIÓN' option is highlighted, and a grey box with the text 'SELECCIONAR: DIGITACIÓN → MADIS' is overlaid on the right side of the image.

Se despliega la siguiente pantalla:

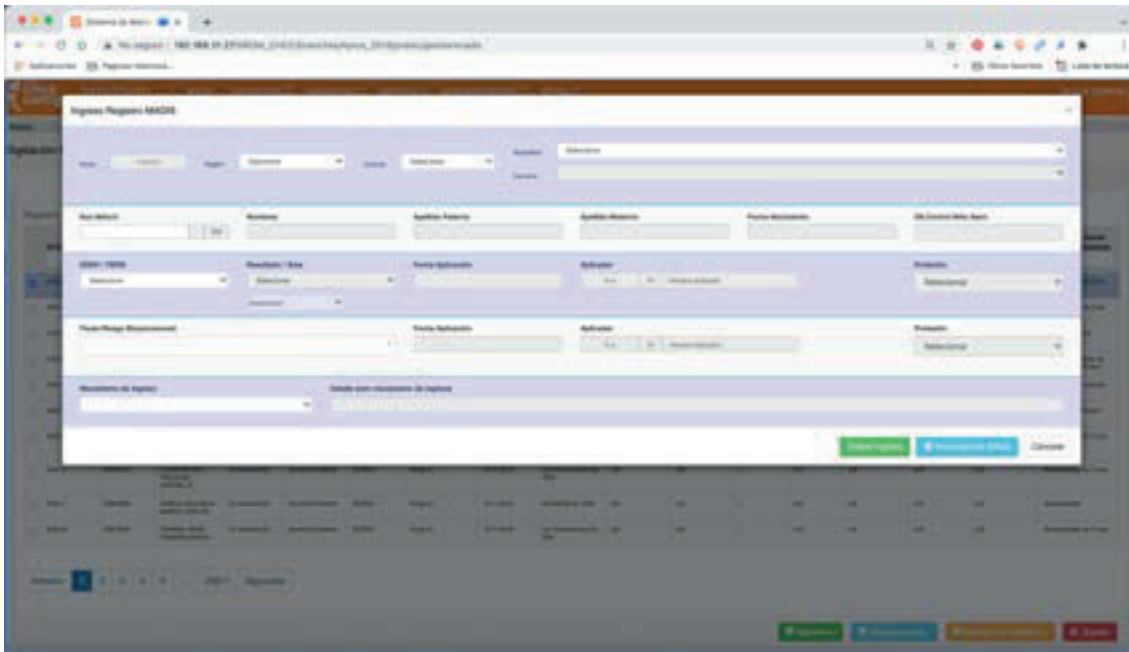
The screenshot shows a web browser window displaying a data management interface. The page title is 'Registro de Situación Económica y MADIS'. Below the title, there are four tabs: 'Registro Situación Económica', 'Modalidad de Apoyo', 'Modalidad de Apoyo', and 'Modalidad de Apoyo'. The main content is a table with the following columns: 'ID Registro', 'Act.', 'Servicio', 'Estado', 'Modalidad', 'Código', 'Comuna', 'Región', 'Municipio', 'Indicador de Situación', 'Resultado de Situación', 'Número de Registro', 'Fecha de Registro', 'Indicador de Situación', 'Resultado de Situación', 'Completado', and 'Indicador de Situación'. The table contains several rows of data. At the bottom of the page, there are three buttons: 'Nuevo Ingreso', 'Actualizar Datos', and 'Exportar'.

Seleccionar Modalidad, Región, Comuna para que la plataforma actualice los datos:

This screenshot is identical to the one above, but it includes a callout box. The callout box is a grey rounded rectangle with a black circle containing the text '4.a' and the text 'Nuevo Ingreso' next to it. A black mouse cursor arrow points to the 'Nuevo Ingreso' button at the bottom right of the page.



Para el registro de ingreso a Sala Inclusiva deberá hacer “clic” en el botón verde “Nuevo Ingreso”.



Luego se desplegará una pantalla un formulario que solicitará los siguientes datos:

- ✓ Fecha de ingreso.
- ✓ Región (predeterminada).
- ✓ Comuna (a la que pertenece la modalidad).
- ✓ RUN: niño/niña ingreso. Si el niño o niña es de nacionalidad extranjera no tiene RUN se deberá hacer clic en “ext” y registrar los datos y nombres, apellidos y fecha de nacimiento.
- ✓ Se deberá seleccionar al niño/niña.
- ✓ Fecha de último control de salud infantil.
- ✓ Ingreso sin aplicación de test estandarizados.
- ✓ Run del profesional que aplica el instrumento de evaluación.

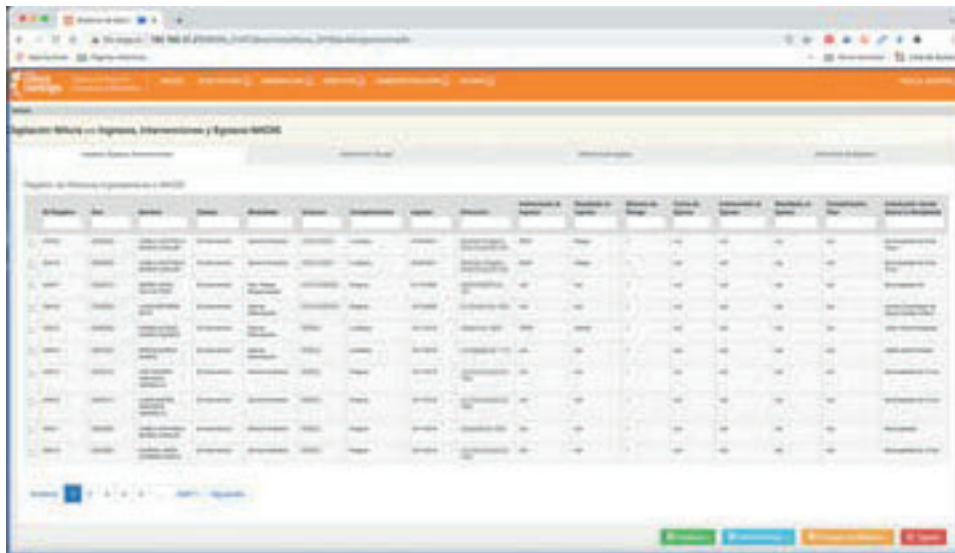
Como se describe en capítulo 2, la aplicación de la “Pauta de Riesgo Biopsicosocial es **obligatoria** al momento del ingreso, independiente de si el niño(a) continúa posteriormente en atención Sala Inclusiva o no.

Asimismo, y con el fin de asegurar el cumplimiento de lo establecido en el acápite “Prioridad en la atención” (pág 42), es requisito también completar la condición, sospecha o diagnóstico de base en campo de llenado libre que se muestra en figura a continuación.

4.c Ingresar condición, sospecha o diagnóstico

b) Registro de atenciones

Para registrar una intervención individual, grupal o familiar, se debe seleccionar al niño o niña en la página principal.



El niño o niña puede ser buscado en el sistema, utilizando los siguientes datos:

ID registro

Complemento

RUN

Dirección

Nombre

Estado

Modalidad

Una vez encontrado el niño o niña en el sistema, se debe seleccionar y hacer clic en el botón celeste “Nueva intervención”:

Luego abrirá un formulario que solicitará estos datos:

RUN y profesión del prestador.

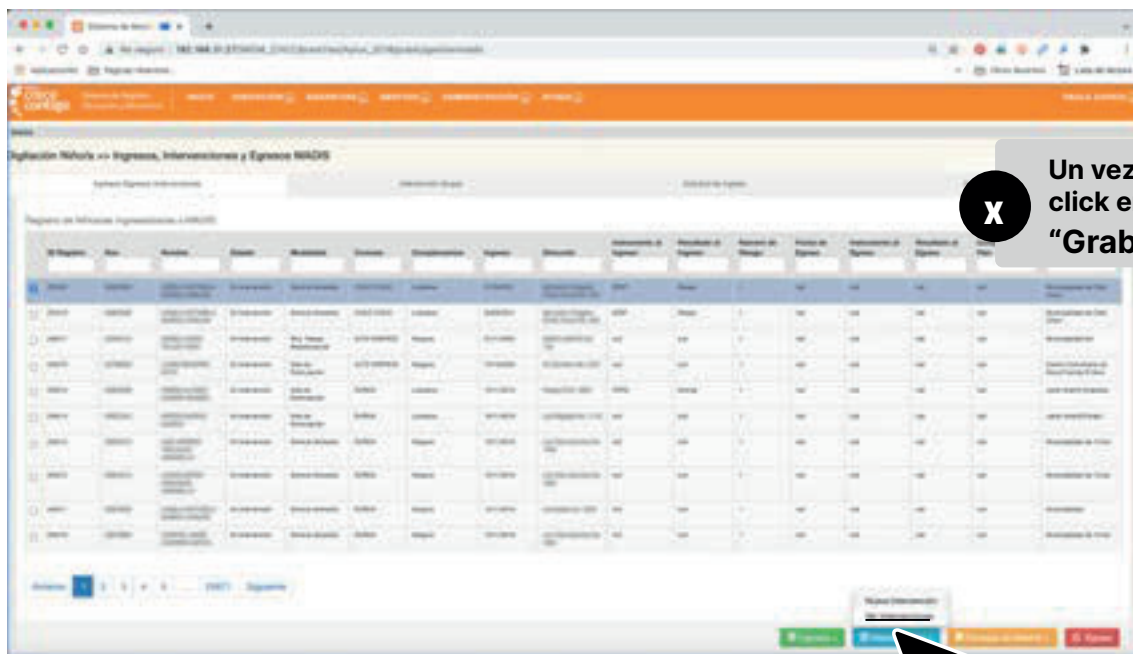
Fecha y hora la intervención.

RUN del acompañante y su relación con el niño(a).

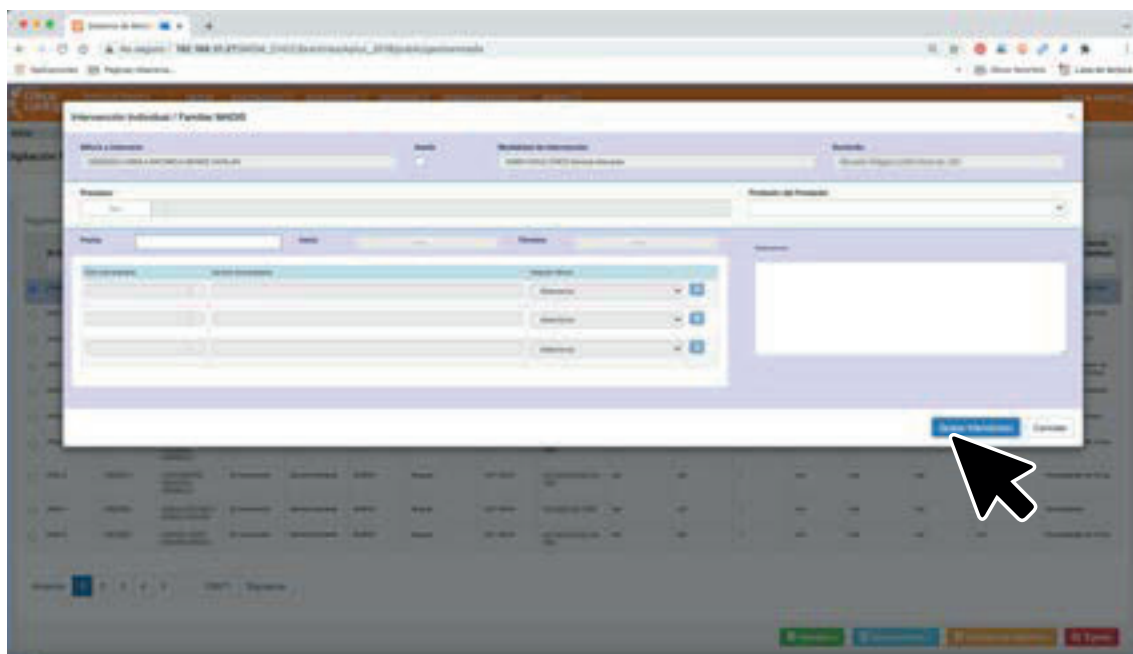
Observaciones, que corresponde al registro de la intervención. Esta sección permite copiar y pegar desde otros sistemas.

En la primera intervención, se debe registrar el plan de intervención íntegra, según diagnóstico de ingreso del niño o niña.

Una vez registrados los datos, se deberá hacer clic en el botón azul “grabar intervención”.



Intervención individual:

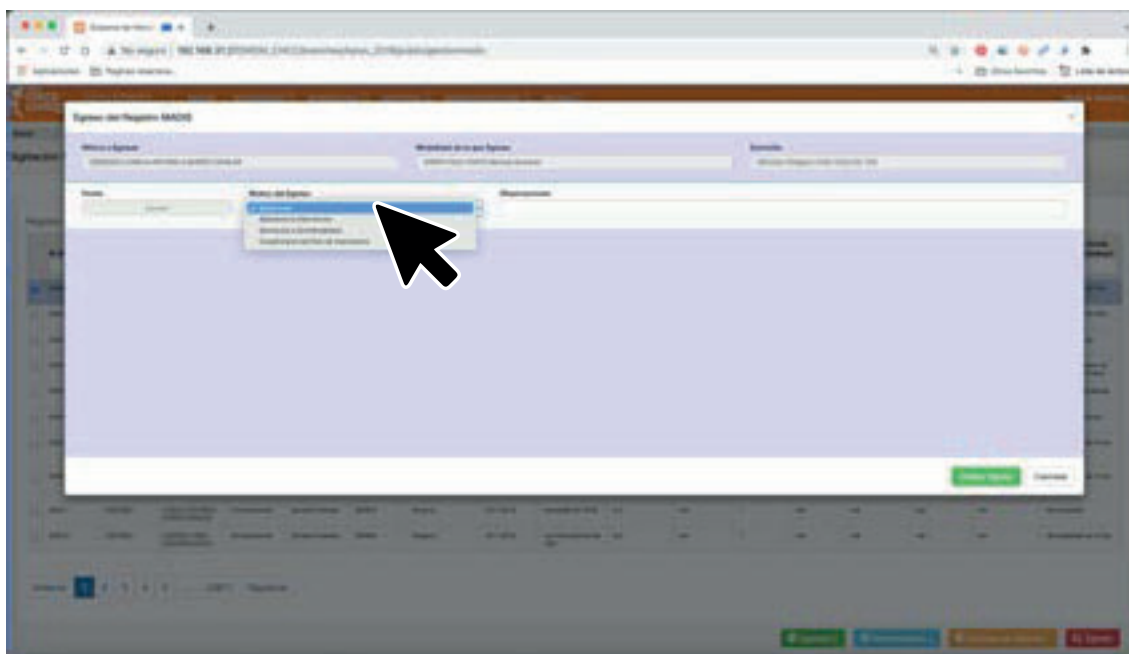


c) Registro de Egreso

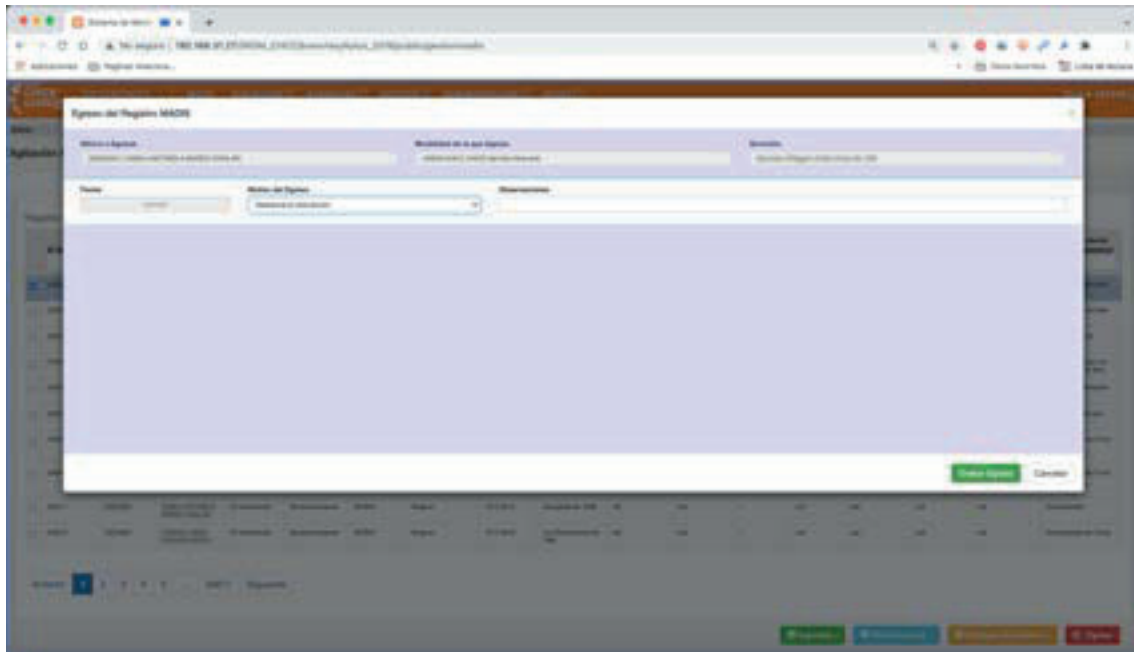
Para registrar un egreso, se debe acceder a la página principal, seleccionar al niño o niña y hacer registro en EGRESO “egr”.

Se desplegará un formulario que solicitará la siguiente información:

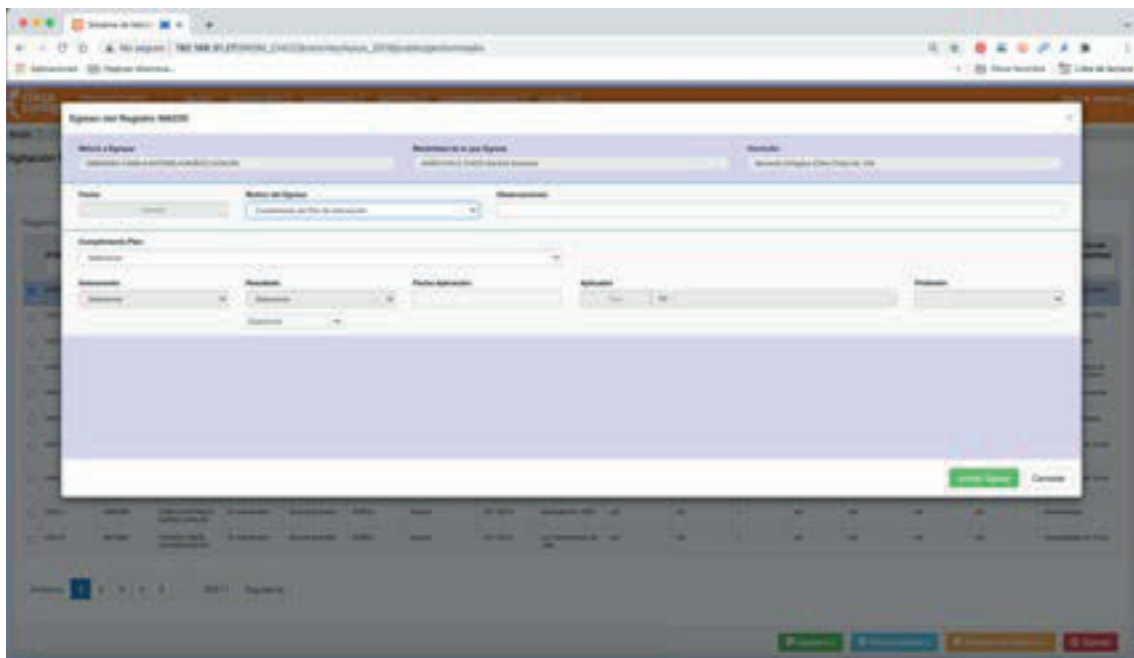
- ✓ Niño o niña a egresar y modalidad de la que egresa (Información predeterminada por el sistema).
- ✓ Fecha de egreso.
- ✓ Motivo de Egreso: p. ej: Cumplimiento del Plan de Intervención.
- ✓ Por último, para que el niño/niña quede egresado de la modalidad de estimulación, se debe hacer clic en el botón azul “grabar egreso”.



Egreso Abandona la intervención:



Egreso Cumplimiento del plan:



Detalles de la digitación disponibles en ayuda.crececontigo.cl

Lista de autoevaluación de aplicación principios a la Sala Inclusiva en la atención cotidiana

Criterio	SI/NO
Niños y niñas son atendidos siempre con su cuidador(a) presente	
El cuidador(a) sale de la sesión siempre con claridad respecto a lo trabajado y cómo potenciarlo en el hogar	
Los terapeutas de la Sala Inclusiva están capacitados para detectar signos de estrés en niños(as) no verbales	
Existe aplicación de técnicas altamente estresantes o que puedan afectar integridad psíquica del niño	
Existe condicionamiento de la atención a logros del niño(a) en el hogar	
Los terapeutas de la Sala Inclusiva utilizan mecanismos de comunicación alternativa/aumentativa con los niños(as) que lo requieran	
Todos los planes de intervención consignan explícitamente objetivos a nivel familiar y comunitario	
Se realiza al menos 1 vez al mes una actividad de educación/sensibilización con equipos de la Red, organizaciones comunitarias y/o familias	

Protocolo de rescate de niños(as) y sus familias que no adhieren a la intervención.

Causales para implementar protocolo:

1. Familia inasistente a 2 sesiones consecutivas sin aviso.
2. Familia con 3 o más inasistencias intermitentes sin aviso.

Acciones a realizar:

1. **Intentar contacto con familia vía telefónica, whatsapp o vía correo electrónico:**
 - a. Actitud sin juicio ni ánimo punitivo, énfasis en poder facilitar la conversación.
 - b. Consultar respecto a dificultades para asistir a las sesiones.
 - c. Ofrecer alternativas para facilitar la asistencia a las sesiones.
 - d. Si se percibe poca disponibilidad para seguir asistiendo, consultar respecto a la percepción de utilidad de las sesiones, enfatizando que el adulto pueda responder con sinceridad.
 - e. Cerrar conversación agradeciendo el tiempo dedicado y enfatizando que en caso de cambiar de opinión o contar con condiciones más facilitadoras para asistir, pueden volver a consultar.
 - f. Registrar fecha del contacto y resultado del mismo en la carpeta de intervención.
2. **Si no es posible concretar contacto vía remota y si se cuenta con la capacidad a nivel local, realizar visita domiciliaria y seguir en la misma los pasos del punto anterior.**
3. **En todos los casos en que el resultado del contacto sea abandono de la intervención, informar a Coordinador(a) Comunal Chile Crece Contigo y registrar en SRDM.**
4. **En casos de familias con inasistencias intermitentes recurrentes justificadas:**
 - a. Programar una sesión/contacto con foco en el análisis conjunto del Plan de Intervención.
 - b. Revisar objetivos y resultados esperados asegurando que sean útiles y pertinentes para la familia, modificando lo que sea necesario.
 - c. Informar con claridad la frecuencia de asistencia necesaria para poder lograr los resultados esperados del Plan.
 - d. Concordar un compromiso de asistencia con la familia, realizando los ajustes que se requieran para facilitar su asistencia a las sesiones.
 - e. Registrar la fecha de sesión/contacto y resultado de la misma en carpeta de intervención.

Pauta de detección de Riesgo Biopsicosocial (PRB).

A continuación se enumeran diversos factores de riesgo biopsicosocial que pueden afectar el óptimo desarrollo del niño(a). Por favor complete la pauta a continuación y derive a Coordinador Comunal Chile Crece Contigo, en caso de que el niño(a) tenga uno o más ítems presentes.

Asimismo, cada ítem se asocia con acciones mínimas a realizar, tanto en la modalidad como en la red comunal Chile Crece Contigo¹⁴, por lo cual debe también ingresarse esta información al SRDM y activar con ello las alertas de vulnerabilidad correspondientes.

	Item	Presencia
1	Niño(a) sin control de salud al día.	
2	Niño(a) con múltiples consultas en SAPU, otro centro de Salud u Hospital.	
3	Niño(a) con hospitalización anterior de mediana o larga estadía.	
4	Niño(a) con condición médica de base (síndromes genéticos, parálisis cerebral, patologías del sistema nervioso central, entre otras).	
5	Niño(a) con madre o padre adolescente.	
6	Niño(a) cuya madre tiene escolaridad menor a octavo básico.	
7	Niño(a) cuya madre presenta escala de Edimburgo alterada.	
8	Díada con escala de apego alterada.	
9	Niño(a) cuyo cuidador principal presenta conductas sugerentes de negligencia en cuidados, escasa respuesta a las necesidades del niño(a).	
10	Niño(a) que vive en familia monoparental sin red de apoyo familiar/social.	
11	Presencia de cualquier trastorno de salud mental en uno o ambos cuidadores principales (Depresión, consumo de sustancias, trastornos de la personalidad, discapacidad mental, otros).	
12	Niño(a) cuyo hermano(a) tiene antecedentes de medidas de protección sentenciadas con cambio de cuidador, institucionalización u adopción.	
13	Niño(a) cuyo padre, madre o cuidador principal, se encuentra privado de libertad.	
14	Niño(a) institucionalizado en residencia de lactantes y/o pre-escolares y/o con inserción transitoria en familia de acogida.	
15	Niño(a) que crece en un contexto ambiental con bajas condiciones para el cuidado y desarrollo (múltiples cambios domicilio, hacinamiento, barrio de alta peligrosidad, pobreza extrema, contaminación del aire intradomiciliario, pésimas condiciones de habitabilidad, otros).	
16	Niño(a) que vive en una familia con aislamiento social significativo o en zona de alta dispersión geográfica.	
17	Violencia intrafamiliar / niño(a) testigo de violencia.	
18	Maltrato físico o Abuso Sexual.	

14. Descripción de acciones en cap II. "Orientaciones Técnicas para sala de estimulación y otras modalidades de apoyo al desarrollo infantil"

Lista de Cotejo de Espacio, Implementación y Monitoreo de Seguridad

Colaboradores

Este documento fue elaborado por la Corporación Chilena de Integración Sensorial bajo la coordinación del Directorio de ISChile, representado por Marisol Carrasco Hartard, junto a la colaboración de los siguientes profesionales asociados:

Daniel Esteban Calderón Larraín, Carolina Magdalena Ramírez Mera, María Josefina Emhart García, Leslie Constanza Jelvez Madrid, Paola Andrea Bobadilla Burdiles, Alejandra Psulina Flores Nova, Javiera Court De la Maza.

Mención especial en diagramación al arquitecto Pablo Andrés Aldana Pereira.

En la siguiente tabla se presentan 3 apartados que sintetizan las medidas de fidelidad para la implementación de una sala para intervenir con el enfoque de integración sensorial:

- Características de la sala, sistemas de soporte y protección de pisos y muros
- Disponibilidad de equipos
- Chequeo de estándares de seguridad

Si cumple con el criterio indicado para cada elemento chequee en la columna , de lo contrario marque en la columna , dejando la observación correspondiente en la última columna, especificando motivo por el cual no cumple con el criterio.

ELEMENTO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES
CARACTERÍSTICAS DE LA SALA, SISTEMAS DE SOPORTE Y PROTECCIÓN PISOS Y MUROS			
Tamaño mínimo 20 m ²			
Altura entre anclaje y piso mínimo de 2 m			
Ancho mínimo de la sala de 4 m			
3 sistemas anclaje como mínimo			
Ubicación de anclaje central 2 m desde muro			
Separación entre anclajes de 0.8 a 0.9 m.			
Anclajes (en techo y muro) con soporte de peso de 450 kg cada uno			
1 elemento de rotación (360°, 450 kg)			
Ganchos o colgador de muro para equipo suspendido			
Colchonetas 5 cm espesor, alta densidad (45 kg/m ³)			
Tatamis 2-2,5 cm espesor, alta densidad (95 kg/m ³)			
Cojines/almohadones XL			
Cubre muros / pilares (3-5 cm espesor, espuma mediana densidad)			

ELEMENTO	✓	☐	OBSERVACIONES
EQUIPOS DISPONIBLES			
Plataforma rectangular			
Columpio "Sapo"			
Disco flexor			
Columpio de rollo			
Columpio tipo cámara			
Hamaca tela spandex			
Trapecio			
Scooter			
Rampa			
Elemento para traccionar (cuerda, banda de goma y/o tela elástica)			
Equipos para tumbarse, caer o chocar (almohadones tamaño XL)			
Equipo fijo para escalar (espaldera, muro escalada, escalera, etc.)			
Equipo para rebotar (trampolín, cámara neumática, maní terapéutico, saltarina, pony de goma, etc.)			
3 tipos de objetos para trasladar o empujar, variedad de material, tamaño y peso (sacos o pelotas con peso, equipos móviles de psicomotricidad, pesas pequeñas, etc.)			
Piscina con pelotas semirrígidas			
Balón terapéutico			
Set táctil (elementos vibratorios, espuma, stickers, escobilla o cepillo sensorial, plumas, pintura dedos, slime, variedad de telas, etc.)			
Kit material de construcción			
3 tipos de materiales para objetivo visual (tablero tiro al blanco, palitroques, argollas de ensarte, etc.)			
Accesorios para apoyar la participación en el juego			
Materiales para practicar actividades de la vida diaria			
OBSERVACIONES GENERALES:			

CHEQUEO DE ESTÁNDARES DE SEGURIDAD

Revise cada uno de los elementos detallados y revise su estado respecto de adherencia, firmeza, estabilidad, engrasado, densidad, desgaste de cubiertas, desgaste por roce, estado de costuras, etc. Especifique en observaciones si es posible reparar o se debe reemplazar, acorde a las especificaciones del proveedor del elemento.

Fecha	
Persona responsable	
Cargo	

ELEMENTO	✓	☐	OBSERVACIONES
Aparatos de sujeción (mosquetones, ascendedores, resortes de extensión, gancho giratorio)			
Cuerdas de sujeción para equipos			
Cuerdas de equipos suspendidos			
Tornillos / placas de ajuste de equipos			
Nudos			
Colchonetas			
Tatamis			
Cojines / almohadones			
Cubre muros / pilares			
Materiales set táctil			
OBSERVACIONES GENERALES:			

Recursos de apoyo para profesionales de la Sala Inclusiva

A continuación se listan recursos de apoyo disponibles de manera online, que pueden apoyar y facilitar la labor de los profesionales de Sala Inclusiva; tanto en las intervenciones con niños(as) y familias como en la sensibilización de comunidades y entornos. Estos recursos y en particular el “Repositorio Sala Inclusiva”, se consideran como complementarios y sinérgicos a lo que se trabaja en las sesiones de acompañamiento técnico para los profesionales que atienden en este dispositivo.

● Chile Crece Contigo:

☒ Repositorio para profesionales de Sala Inclusiva

<https://www.crececontigo.gob.cl/repositorio-para-profesionales-de-la-modalidad-de-apoyo-al-desarrollo-infantil-en-discapacidad-madid>



☒ Videos/Podcast Educativos – Sensibilización

- Video Espectro Autista:
<https://bit.ly/VideoMitosAutismo>



- Video ¿Cuándo Cambiaste Tú? Sd Down:
<https://bit.ly/VideoSindromeDeDown>



- Video ¿Cuándo Cambiaste Tú? Déficit Motor:
<https://bit.ly/VideoDiscapacidad>



- Podcast Espectro autista y Pandemia
<https://bit.ly/EspectroAutistaYPandemia>



- Programa radial Diversidad desde el inicio:
<https://bit.ly/RespetoALaDiversidad>



- ☒ Reglamento Ley 20.739 que garantiza acceso a educación inicial y ayudas técnicas a niños(as) en el 60% más vulnerable según Registro Social de Hogares
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1113966>



- Centro UC Síndrome de Down
<http://www.centroucdown.uc.cl/servicio-apoyo-salud/material-de-apoyo-y-recursos>



- Enciclopedia de la primera infancia
<https://www.encyclopedia-infantes.com>



- Fundación DownUP:
<https://fundaciondownup.cl/>



- JUNJI – Inclusión desde la primera infancia
<https://www.junji.gob.cl/inclusion-desde-la-primera-infancia/>



- Ministerio de Educación – Inclusión Escolar
<https://escolar.mineduc.cl/inclusion/>



- Ministerio de Salud – Norma Técnica del Programa de Salud Infantil
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Cap%C3%ADtulo-3.pdf>



- Neuromundos - Centro de Tecnologías de Inclusión PUC
<https://www.neuromundos.cedeti.cl/>



- Subsecretaría Educación Parvularia – Video Inclusión en Educación Parvularia
<https://www.youtube.com/watch?v=54MkWQAsfTQ>



- Superintendencia de Educación Parvularia – Inclusión:
<https://www.supereduc.cl/contenidos-de-interes/inclusion-desde-la-primera-infancia>



Consentimiento informado para iniciar el Plan de Intervención en la Modalidad de Apoyo al Desarrollo Infantil – Discapacidad (Sala Inclusiva)



Por medio del presente Yo,

RUT.....,apoderada(o) del niño(a).....

.....RUT (DNI o similar),

consiento en nuestra participación como familia en las sesiones necesarias del Plan de Intervención para mi hijo(a) y comprometemos las acciones que se soliciten de nuestra parte para poder alcanzar los resultados esperados de este Plan.

Asimismo, declaro que la/los profesionales:

SI/NO	ACCIONES MÍNIMAS EQUIPO PROFESIONAL
	- Realizaron una evaluación personalizada de mi hijo(a), fuimos consultados respecto a nuestras necesidades y expectativas de la intervención y ello fue incorporado en el Plan de Intervención.
	- Nos explicaron con claridad los objetivos del Plan de Intervención y los resultados esperados en mi hijo(a), nuestra familia y el entorno en que vivimos.
	- Nos explicaron con claridad la modalidad de atención (presencial, remota, mixta), la frecuencia de las sesiones y su duración.
	- Acogieron y respondieron con claridad nuestras consultas o dudas respecto a la intervención.

Declaro también conocer que frente a cualquier duda o dificultad, puedo contactarme con la/el profesional, al fono o correo electrónico

y que se me ha entregado una copia de este documento (impresa o digital).

Fecha:

Firma:.....

Lista de evaluación egreso de la Sala Inclusiva

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA EL EGRESO	SÍ/NO
El plan de intervención muestra avances en los 3 niveles de intervención (individual, familiar y comunitario).	
La familia considera que se han cumplido los objetivos del plan de intervención.	
El equipo considera que se han cumplido los objetivos del plan de intervención.	
Se cuenta con información de avances al menos de 3 contextos del niño(a).	
La familia considera que no hay nuevas necesidades que requieran intervención actual en la Sala Inclusiva.	
El equipo considera que no hay nuevas necesidades que requieran intervención actual en la Sala Inclusiva.	
La familia se siente eficaz en el cuidado, estimulación y apoyo al desarrollo del niño(a).	
Se realizó al menos 1 actividad de capacitación o sensibilización en entorno educativo o comunitario del niño(a).	

VII. Bibliografía

- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. En S.L. Friedman (Ed.). Measuring environment across the life span: emerging methods and concepts (pp 3-38). Washington, DC. American Psychological Association.
- Darrach J, Magil-Evans J, Adkins R. (2002). How well are we doing? Families of adolescents or young adults with cerebral palsy share their perceptions of service delivery. *Disability and Rehabilitation*, 2002,24:542-549.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). (2005). El libro blanco de la atención temprana. 3ª Ed. Madrid.
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2004). Desarrollo Infantil Temprano y Derechos del Niño.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2007). Promoting the Rights of Children with Disabilities, Innocenti Digest no. 13,
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2013). Estado Mundial de la Infancia. Disponible en <https://www.unicef.org/colombia/comunicados-prensa/estado-mundial-de-la-infancia-2013-ninos-con-discapacidad>
- Irwin, L. Siddiqi, Arjumand & Hertzman, Clyde. (2017). Desarrollo de la primera infancia: un potente ecualizador. Informe Final para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://equidadparalainfancia.org/wp-content/uploads/2016/03/early_child_dev_ecdkn_es.pdf
- Kelly J.E., Barnard K.E. (2000). Assessment of parent-child interaction: implications for early intervention. En: Shonkoff J.P., Meisels S.J., eds. *Handbook of Early Childhood Intervention*, 2a ed. Cambridge, Cambridge University Press, 2000:258-289.
- Leadbitter, K; et. al. (2021). *Autistic Self Advocacy and the Neurodiversity Movement: Implications for autism early intervention research and practice*. University of Manchester
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2021). Evaluación de acceso a prestaciones en niños y niñas de primera infancia en situación de discapacidad. Disponible en www.crececontigo.gob.cl/material-de-apoyo/material-para-equipos-chile-crece-contigo/estudios/
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2015). Qué es Chile Crece Contigo. Disponible en <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/que-es-Chile-Crece-2015.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Nueva York.
- Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/50ac92492.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación internacional de funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf

- Organización Mundial de la Salud (2012). Developmental Difficulties in Early Childhood: Prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries – A review. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2020). Press Note. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Pontificia Universidad Católica. Centro de Tecnologías de Inclusión (CEDETI).(2020). Neuromundos: Guía ilustrada sobre los trastornos del neurodesarrollo. Santiago.
- Sennott, S; et. al. (2016). AAC Modeling Intervention Research Review. Disponible en <https://doi.org/10.1177/1540796916638822>
- Servicio Nacional de la Discapacidad. (2015). Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. Disponible en https://www.senadis.gob.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad
- Thelen, E., & Smith, L. B. (1998). A dynamic systems approach to the development of cognition and action. Cambridge: The MIT Press. 3rd printing.
- Vargus-Adams J. (2014). Health-related quality of life in childhood cerebral palsy. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003999304014790>
- Whitehouse, A; Varcin, K; Pillar, S; et.al. (2021). Effect of Preemptive Intervention on Developmental Outcomes Among Infants Showing Early Signs of Autism. A Randomized Clinical Trial of Outcomes to Diagnosis. JAMA Pediatr. 2021;175



Orientaciones Técnicas Salas Inclusivas