Informe Final:

Definición de modelos para el trabajo con adolescentes bajo protección del Estado en cuidado alternativo residencial/RFA y con atención en justicia juvenil y situaciones de conflicto con la ley.

Elaborado para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Centro de Estudios Justicia y Sociedad (CJS)
Pontificia Universidad Católica de Chile

Mayo 2023

Dirección ejecutiva
Catalina Droppelmann (CJS)

Coordinación del estudio
María Francisca González (CJS)

Investigadores
Daniela Montanari (CJS)

Contraparte Técnica
Candy Fabio (UNICEF)

Abreviaciones

CJS: Centro de Estudios Justicia y Sociedad

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

MINEDUC: Ministerio de Educación

MINSAL: Ministerio de Salud

NNA: Niños, niñas, y adolescentes

SENAME: Servicio Nacional de Menores

UC: Pontificia Universidad Católica de Chile

RFA: Residencia de vida familiar para adolescentes

EVF: Encargado de vida familiar

CREAD: Centros de Reparación Especializada de Administración Directa

Contenido

INTRODUCCIÓN **6**

1. ANTECEDENTES **8**

1.1 Contexto institucional y normativo del sistema de cuidado alternativo residencial en Chile 9
1.1.1 Marco normativo vigente *9*
1.1.2 Principales facultades legales y actores judiciales relacionados a los programas de residencias *11*
1.1.3 Principales cambios en el tiempo de la regulación legal vinculadas a los programas de residencias. *12*
1.2 Residencias Familiares de Administración directa para Adolescentes 14
1.2.1 Residencias Emocionalmente Seguras: *15*
1.2.2 Acompañamiento Terapéutico al Adolescente *16*
1.2.3 Intervención terapéutica familiar y/o para la vida independiente *17*
1.2.4 Articulación con redes de protección *18*
1.2.5 Proceso de Intervención *19*

2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO **24**

3. NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DEL SISTEMA DE CUIDADO ALTERNATIVO RESIDENCIAL: CARACTERIZACIÓN CUANTITATIVA **26**

3.1 Características Demográficas 27
3.2 Historial de Institucionalización 32
3.2.1 Causa Último Ingreso *32*
3.2.2 Duración Último ingreso y Cantidad de ingresos en el período *33*
3.2.3 Edad Primer ingreso Sistema Protección *35*
3.2.4 Contacto con el sistema de justicia juvenil *36*
3.2.5 Egresos sistema de protección *39*
3.3 Historial de vulneraciones 40
3.3.1 Maltrato *40*
3.3.2 Situación de Calle *41*
3.4 Antecedentes Educacionales 42
3.5 Antecedentes de Salud 43
3.5.1 Salud Mental *43*
3.5.2 Discapacidades *44*
3.5.3 Enfermedades Crónicas *44*
3.5.4 Consumo de Droga *44*

4. BRECHAS DEL ACTUAL MODELO DE RESIDENCIAS FAMILIARES PARA ADOLESCENTES DE ADMINISTRACIÓN DIRECTA (RFA) **47**

4.1 Residencias Emocionalmente Seguras 48
4.1.1 Espacio Físico *48*
4.1.2 Ambiente familiar de cuidado: Rutinas y relaciones interpersonales. *51*
4.1.3 Equipos de trabajo *54*
4.1.4 Reglas y disciplina dentro del espacio residencial *58*
4.1.5 Relación con el entorno *61*
4.2 Acompañamiento Terapéutico Comunitario 62
4.2.1 Jóvenes con involucramiento en el sistema de justicia juvenil *64*

4.3 Intervención Familiar y para la vida independiente 66
4.4 Articulación con redes de protección. 70

5. SISTEMAS DE CUIDADO ALTERNATIVO RESIDENCIAL EN LA EVIDENCIA COMPARADA. 72

5.1 Modelos de Intervención: Cambios a nivel organizacional 72
I. Sanctuary Model (CEBC rating 3 – Promising) *74*
II. CARE® model (CEBC rating 3 – Promising) *77*
III. Attachment, Regulation, and Competency (ARC) *78*
IV. Terapia de Sistemas de Trauma (TST) *82*
V. Structured Psychotherapy for Adolescents Responding to Chronic Stress (SPARCS) *84*
Attachment, Regulation, and Competency (ARC) *87*
Terapia de Sistemas de Trauma (TST) *87*
Structured Psychotherapy for Adolescents Responding to Chronic Stress (SPARCS) *87*
5.2 Jóvenes en contacto con el sistema de justicia 91
5.2.1 Características y experiencia de los jóvenes con estatus dual *93*
5.2.2 Desafíos para el manejo de casos de jóvenes con estatus dual: Comunicación y colaboración interinstitucional. *95*
5.2.3 ¿Intervenciones especializadas para el trabajo con jóvenes con estatus dual? *103*
5.3 Consolidación de normas en el espacio residencial: aprendizajes de la psicología del desarrollo 104
5.3.1 Normas y límites en el desarrollo de los NNA *105*
5.3.3 Desarrollo de las funciones ejecutivas y la rutina estructurada *107*
5.4 Recursos Humanos 108
5.4.5 Estrategias para apoyar la labor de los Recursos Humanos en los sistemas de cuidado alternativo residencial *110*

VI. PROPUESTAS PARA EL SISTEMA DE CUIDADO ALTERNATIVO DE NNA EN CHILE 120

VII. BIBLIOGRAFÍA 132

Introducción

El presente documento corresponde al informe final del estudio "**Definición de modelos para el trabajo con adolescentes bajo protección del Estado en cuidado alternativo residencial/RFA y con atención en justicia juvenil y situaciones de conflicto con la ley**" convocado por el Fondo De las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF).

El estudio tuvo como objetivo general *revisar, analizar y proponer modelos de trabajo en base a características de las y los adolescentes en cuidado alternativo residencial y proponer modelos de atención e intervención especializada adecuada a las necesidades y trayectorias, para dar efectividad a la protección de estos sujetos de atención*. Para ello, se caracterizó a los y las adolescentes del sistema de cuidado alternativo residencial, en diversas situaciones de su vida personal, familiar, de protección y judicial, a partir de una base de datos administrativos del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (SNPENA) y del Servicio Nacional de Menores (SENAME). La cohorte estuvo compuesta tanto por NNA de entre 14 y 18 años, que se encontraban vigentes en el sistema residencial, así como por aquellos que, no estando en residencias actualmente, transitaron por ellas entre los 14 y 18 años, entre el 2016 y el 2022.

Asimismo, se realizó un trabajo en terreno en 5 residencias familiares para adolescentes de administración directa en Chile. En cada una de las residencias seleccionadas se realizaron visitas durante 4 días y en horarios diferentes a fin de lograr captar de mejor manera las dinámicas internas de la vida residencial. Sumado a esto se realizaron entrevistas a profesionales de las residencias, adolescentes y un grupo focal en cada residencia con los equipos interventores.

Finalmente, a partir de la evidencia levantada en el trabajo cuantitativo y cualitativo de este estudio, se determinaron cuatro nudos críticos que hoy limitan el proceso de intervención e interfieren en la efectiva protección de los y las adolescentes atendidos en los centros de administración directa del SNPENA. Estos nudos críticos son discutidos a la luz de la evidencia comparada, destacando las buenas prácticas y recomendaciones que se han relevado a través de la investigación.

Lo anterior, se discutió en dos mesas de expertos, quienes aportaron con información para desarrollar recomendaciones concretas para el trabajo con adolescentes bajo protección del Estado en cuidado alternativo residencial/RFA y con atención en justicia juvenil y situaciones de conflicto con la ley.

El presente informe se estructura de la siguiente manera. En el primer apartado se presentan los antecedentes del estudio, detallando brevemente la información relevante sobre los sistemas de cuidado alternativo en el mundo, y presentando las principales características del sistema de cuidado alternativo en Chile, lo cual incluye una descripción del marco normativo que ha regido

las trayectorias proteccionales y judiciales de estos NNA, así como del modelo de atención vigente.

En el tercer apartado, se exponen los resultados de la caracterización de los niños, niñas y adolescentes del sistema de cuidado alternativo residencial, destacando sus trayectorias protecciones y judiciales. Posteriormente, el apartado cuatro presenta los resultados del análisis de brechas realizado en cinco residencias de administración directa del país. En el apartado cinco se discuten los resultados cualitativos y cuantitativos del estudio a partir de la evidencia comparada. Este capítulo contempla una revisión sistemática de modelos de intervención para el trabajo con NNA en cuidado alternativo residencial. Finalmente, el apartado seis presenta propuestas para el sistema de cuidado alternativo en Chile, elaboradas a partir de los resultados del estudio y la realización de dos mesas de expertos.

1. Antecedentes

El sistema de cuidado alternativo residencial se ha constituido como una alternativa para niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA) que por diversas razones han sufrido graves vulneraciones a sus derechos, y por tal, deben ser removidos de sus hogares. Si bien durante años esta ha sido una alternativa importante en los sistemas de protección de la infancia, desde la década de los 80, y debido a la creciente evidencia respecto a los efectos perjudiciales de la institucionalización sobre el desarrollo y bienestar infantil (Bajpai, 2017; Van der Kooij et al., 2018), se han impulsado múltiples iniciativas para favorecer la desinstitucionalización de aquellos NNA en cuidado residencial (UNICEF, 2020).

Dichas iniciativas de desinstitucionalización abogan por favorecer las intervenciones basadas en la familia y la comunidad, limitando el uso de medidas de cuidado alternativo residencial solo como un último recurso. Así, cobran fuerza los programas de atención ambulatoria y las medidas de cuidado alternativo a través de familias de acogida (extensas o externas). Sumado a esto, las iniciativas de desinstitucionalización indican que en los casos donde la remoción del hogar hacia un centro residencial sea la mejor y única opción para el bienestar del NNA, estos recintos deben proporcionar ambientes protectores que favorezcan una efectiva reintegración familiar (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2020). En particular, alrededor del mundo, los sistemas de cuidado alternativo residencial han migrado hacia sistemas de pequeña escala, (SSRC por sus siglas en ingles), los cuales, en contraste con los centros de institucionalización masiva, atienden a grupos pequeños de NNA, buscado recrear espacios familiares, que permitan la atención especializada y focalizada (Delap, 2015; Hardera et al., 2013).

En concordancia con las tendencias mundiales, Chile también ha registrado un progresivo proceso de desinstitucionalización de los NNA en cuidado alternativo. De acuerdo al departamento de Protección de SENAME, la cifra de niños, niñas y adolescentes en residencias disminuyó desde 4.985 en el 2015 a 3.359 en 2019, y se observó en el mismo período un incremento de las familias de acogida, desde 2.313 en 2015 a 4.279 en 2019.

Actualmente, según datos del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia a junio 2022, 11.492 NNA eran parte del sistema de cuidado alternativo, de los cuales 7,018 se encontraban en cuidado alternativo familiar (61%) y 4,474 en cuidado alternativo residencial (39%)

Este proceso de desinstitucionalización se enmarca en un fuerte cuestionamiento hacia el Sistema de Protección de la Niñez, a partir de varias crisis al interior de las residencias. Desde el año 2005 diversas comisiones e informes han resaltado las falencias del sistema, las que incluyen situaciones de vulneración como maltratos y abusos hacia y entre NNA, largas permanencias de los NNA en el sistema, falta de vinculación familiar e incluso alienación de estas, planes de

intervención inadecuados y/o que no responden a las necesidades específicas de los NNA, insuficiente capacitación de los funcionarios, entre otras.

A partir de lo anterior, en abril del año 2018, el Gobierno instauró una mesa de trabajo para generar el Acuerdo Nacional por la Infancia, el cual operaría como un marco de orientación para garantizar el desarrollo íntegro y pleno de los NNA, con un foco particularmente importante en mejorar las condiciones y funcionamiento de las residencias (Gobierno de Chile, 2018). Dentro de estas modificaciones, a partir del segundo semestre del año 2018, el Servicio Nacional de Menores inició un proceso de reconversión de su oferta residencial. Esta reformulación consideró la implementación de dos nuevos modelos: Residencias familiares para adolescentes y residencias de alta especialidad, ambas inspiradas en los modelos de residencias de pequeña escala.

En relación a esto último, el informe del Comité de Derechos del Niño de 2018 fue una piedra angular en la necesidad de poner urgencia en estas modificaciones, al establecer que el Estado de Chile cometía graves violaciones a los derechos humanos de miles de niños, niñas y adolescentes que se encontraban en hogares del Servicio Nacional de Menores (SENAME), a lo largo de todo el territorio del país y durante un período largo de tiempo. Estas violaciones a los DDHH encontradas fueron consideradas de amplia naturaleza y su impacto se estima de largo plazo[1].

1.1 Contexto institucional y normativo del sistema de cuidado alternativo residencial en Chile

A continuación, se realiza una descripción del marco normativo que regula los programas de residencias para NNA vinculados al actual Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (ex Servicio Nacional de Menores – SENAME -). Para ello, se comienza dando cuenta - en términos generales - del marco normativo que actualmente regula esta institucionalidad, para luego describir los principales cambios implementados en el tiempo, a partir de este conjunto de normas.

1.1.1 Marco normativo vigente

En la actualidad existen 7 cuerpos normativos que inciden en distintos aspectos de la institucionalidad y actividad de los programas de residencias. El siguiente cuadro los enumera y describe en términos generales su influencia en esta materia (ver tabla 1).

[1] Informe del Comité de Derechos del Niño (2018). Investigación relacionada con Chile en virtud del artículo 13 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones

Tabla 1: Cuerpo normativos que rigen los programas de residencias de NNA

Cuerpo normativo	Numero/ año de creación
Ley de menores	Ley 16.618 / 1967
Ley orgánica del SENAME	DL 2465 / 1979
Convención sobre los Derechos del Niño	s/n / 1990
Ley de Tribunales de Familia	Ley 19.968 / 2004
Ley que regula el régimen de aportes financieros del Estado a los colaboradores acreditados	Ley 20.032 / 2005
Ley que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.	Ley 21.302 / 2021
Ley Sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia	Ley 21.430 / 2022

Fuente: Elaboración propia

La Convención sobre los Derechos del Niño entrega un marco normativo desde el derecho internacional de los derechos humanos en materia de protección de derechos de NNA. Su artículo 3.3 establece específicamente la obligación de los Estados de asegurar que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de NNA cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número, competencia y supervisión adecuada del personal de estos establecimientos.

En ese contexto es que la normativa nacional debiera generar una estructura institucional que permita al Estado chileno cumplir con su obligación de contar con establecimientos que cuiden y protegen a NNA. En la práctica este conjunto de normas de derecho interno se ha integrado de la siguiente manera: la ley de menores autoriza a que por medio de una resolución judicial se decrete respecto de un NNA gravemente vulnerado o amenazado en sus derechos[2] medidas de protecciones entre las cuales se encuentra el disponer de su ingreso a un establecimiento residencial (Ley N°16.618, articulo 30.2). La Ley de tribunales de familia regula el procedimiento judicial para decretar el ingreso a una residencia como medida cautelar provisional o definitiva. Finalmente, la ley que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (Ley N°21.302) dota al servicio de las funciones y atribuciones, regulando la oferta programática que permite ejecutar las medidas de protección judicialmente establecidas, junto con la Ley que regula el régimen de aportes financieros del Estado a los colaboradores

[2] En el caso de NNA menores de 14 años que realizan hechos ilícitos (pero que por cuya calidad de inimputables no pueden ser objeto de persecución penal) también es posible establecer el ingreso a residencias como medida cautelar. Sin embargo, esta facultad se encuentra regulada en la Ley de tribunales de familia (artículos 71 c) y 102 N).

acreditados (Ley N°20.032) que regula y establece la subvención del Estado a los Organismos Colaboradores Acreditados, necesarias para llevar a cabo dicha labor[3].

1.1.2 Principales facultades legales y actores judiciales relacionados a los programas de residencias

La facultad legal para que un NNA ingrese a una residencia se encuentra regulada por la ley de menores (Ley N°16.618, 1967). Esta crea la facultad para que se decrete judicialmente la derivación de un NNA a una residencia, pero limitándola solo a aquellos casos en que, para cautelar la integridad física o síquica del menor de edad, resulte indispensable separarlo de su medio familiar o de las personas que lo tienen bajo su cuidado.

Establece asimismo que esta medida tendrá un carácter esencialmente temporal, no se decretará por un plazo superior a un año, y deberá ser revisada por el tribunal cada seis meses, para lo cual solicitará los informes que procedan al encargado del Centro u hogar respectivo. Finalmente establece que la derivación a una residencia se renueva en esos mismos términos y condiciones, mientras subsista la causal que le dio lugar, pudiendo en todo caso el tribunal siempre sustituir o dejar sin efecto la medida antes del vencimiento del plazo por el que la hubiere dispuesto. (Ley 16.618, articulo 30.2)

Un actor relevante en la determinación de la procedencia de la derivación de una NNA a una residencia son los denominados consejeros técnicos. Se trata de auxiliares de la administración de justicia que trabajan en los tribunales de familia cuya función es asesorar individual o colectivamente a los jueces con competencia en asuntos de familia, en el análisis y mayor comprensión de los asuntos sometidos a su conocimiento en el ámbito de su especialidad (Código orgánico de tribunales, art. 457; Ley Nº19.968, art. 5 a 7). Entre sus funciones se encuentra el asistir a las audiencias de juicio a las que sean citados para emitir opiniones técnicas en las materias que les sean solicitadas (Ley Nº19.968; art. 5). Para optar al cargo de consejero técnico es necesario contar con un título profesional de carreras de al menos 8 semestres de duración otorgado por universidades o institutos profesionales y formación especializada en materia de familia o infancia.

Los jueces de familia tienen la facultad de dictar cualquiera de estas medidas, incluso si a nivel regional no existe oferta programática en alguna de las líneas de acción indicadas en la ley. En tal caso, comunicará de dicha circunstancia al director del SENAME, quien deberá adoptar las medidas tendientes a generar dicha oferta en el menor tiempo posible. En tanto, el juez deberá decretar alguna otra de las medidas del artículo 71 de la ley 19.968. En todo caso, si la medida decretada es la internación del NNA en un establecimiento de tratamiento, el Servicio Nacional

[3] Ambos aspectos eran previamente regulados en la ley orgánica del Servicio Nacional de Menores (DL 2465) y por la ley 20.032, cuya versión previa a la creación del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia se denominaba "Ley que establece sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores del SENAME y su régimen de subvención. El análisis detallado de la influencia de estos cambios en la institucionalidad y la toma de decisiones será objeto del siguiente informe de este estudio.

de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia debe darle cumplimiento de inmediato y sin más trámite, sin importar si cuenta o no con oferta disponible para ello (Ley Nº19.968; art 80 bis y Ley 21.302, articulo 19).

Se debe tener presente que una vez adoptada una de estas medidas, existe una obligación legal del director del establecimiento al que sea derivado un NNA o del responsable del programa al que asista, de informar sobre el cumplimiento de las medidas adoptadas, la situación actual del NNA y de los avances de los objetivos establecidos en la sentencia. Este informe debe evacuarse cada tres meses (o el plazo mayor indicado por el juez con un máximo de 6 meses) (Ley Nº19.968; art. 76). Además, se encuentran obligados a comunicar al tribunal cuando los padres del NNA u otra persona impidan la ejecución de la medida impuesta, proponiendo eventualmente la sustitución de la medida por otra que permita alcanzar los objetivos fijados, pudiendo el tribunal aceptar dicha sustitución u ordenar los apremios pertinentes para su cumplimiento forzado (Ley Nº19.968; art 77).

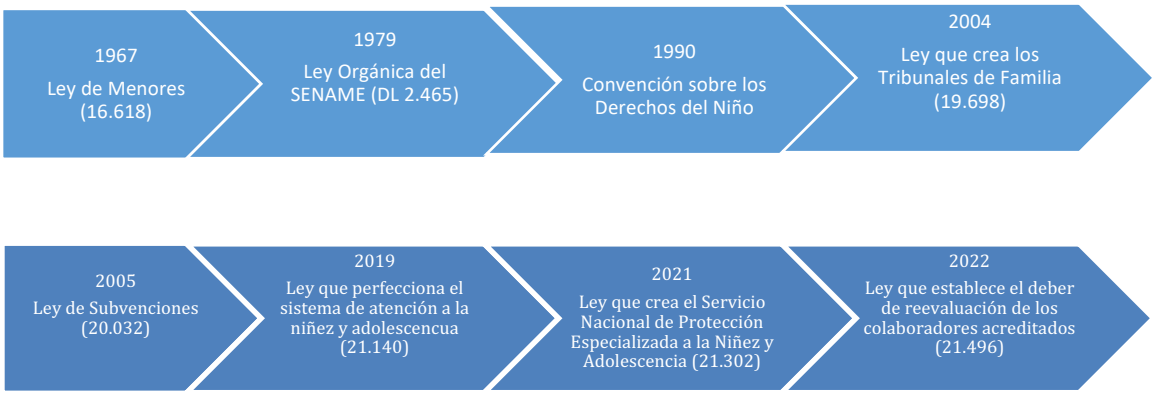
Finalmente, se debe considerar que Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia tiene un deber de información respecto a los tribunales de familia en virtud del cual, a través de sus directores regionales, debe informar periódicamente y de manera detallada a cada juzgado de familia de la oferta programática vigente en cada región, dando cuenta de las líneas de acción desarrolladas, la modalidad de intervención y su nivel de cobertura, a partir de la ley que crea Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia[4], los Directores Regionales cuentan con mayor autonomía y discrecionalidad, siendo el servicio quien realiza la derivación correspondiente (Ley Nº19.968; art 80 bis).

1.1.3 Principales cambios en el tiempo de la regulación legal vinculadas a los programas de residencias.

La regulación de los programas de residencias de NNA vulnerados en sus derechos puede rastrearse en el tiempo al menos desde la creación de la ley de menores a finales de los años 60. A partir de ese hito, diversas reformas legales han reforzado o modificado el marco normativo que rige dicha actividad. El siguiente cuadro sintetiza los principales cambios en el tiempo de esta regulación (ver figura 1).

[4] Ley 21.302

Figura 1: Cambios que ha tenido la regulación de los programas de residencia de NNA



Fuente: Elaboración propia en base a Biblioteca del congreso nacional (2022)

En este marco, pueden reconocerse tres grandes periodos históricos en materia regulatoria. Desde fines de los años 60 hasta la primera mitad de los 2000 la regulación del sistema de residencias recaía en la ley de menores y era implementada por el Servicio Nacional de Menores. Un primer conjunto de reformas se desarrolló entre los años 2004 y 2005, en donde se establece un rediseño profundo del proceso judicial y de las facultades legales por medio del cual se establece la necesidad de derivar a una NNA a una residencia. Por su parte, por medio de la creación de la ley de subvenciones (21.032 de 2005), se reconfigura la capacidad de entidades colaboradoras de carácter privado de prestar servicios en esta materia.

Durante los últimos años, un nuevo conjunto de reformas ha buscado mejorar el sistema de atención a NNA que ingresan al sistema de residencias. En ese marco, el principal cambio regulatorio en esta materia es la reciente creación Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia en enero de 2021. Este cuerpo legal junto con regular la organización, funciones y patrimonio del servicio, establecer sus líneas de acción y regular las actividades de protección especializada, modificó otros cuerpos legales que previo a 2021 regulaban la actividad propia de los programas de residencias.

Por una parte, modificó sustantivamente la ley 20.032, que hasta esa fecha se denominaba "Ley que establece sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores del Sename y su régimen de subvención. Se realiza un rediseño profundo de las reglas en materia de aportes financieros del Estado a los órganos colaboradores, se establecen reglas para su acreditación, se redefinen las reglas en materia de ejecución de sus líneas de acción, su financiamiento y evaluación. Como consecuencia de estos ajustes, esta norma pasa a ser rebautizada como "ley que regula el régimen de aportes financieros del Estado a los colaboradores acreditados". Finalmente, la creación del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia supone una absorción de gran parte de las facultades

legales que a la fecha otorgaba la ley orgánica del Servicio Nacional de Menores a ese servicio, lo que implicará un proceso de transición que se encuentra regulado en las normas transitorias de la ley que crea este nuevo servicio.

1.2 Residencias Familiares de Administración directa para Adolescentes

Dado el foco de este estudio, a continuación, se presenta el modelo de atención de las residencias Familiares de Administración directa para Adolescentes.

Las residencias familiares buscaban reemplazar a los Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD), para constituirse como "instancias efectivas de protección, restitución de derechos y recuperación de las experiencias traumáticas, mediante procesos personalizados, participativos y pertinentes, con cada adolescente, su familia y redes" (SENAME, 2018). Así, la Residencia Familiar de administración directa para adolescentes (RFA) es una modalidad de cuidado alternativo residencial cuyo objetivo general es restituir el derecho a vivir en familia y a la recuperación de la experiencia de vulneración y favorecer el desarrollo de autonomía de adolescentes (entre 14 y 17 años), que han sido separados de su familia de origen por orden de un Tribunal con competencia en materia de Familia (Servicio Nacional de Menores, 2019).

Los objetivos específicos de este modelo residencial son los siguientes:

1. Asegurar a los/las adolescentes un espacio de cuidado emocionalmente seguro.
2. Favorecer la recuperación de la experiencia de graves vulneraciones de derechos sufrida por el/la adolescente.
3. Promover el fortalecimiento de las competencias parentales.
4. Asegurar la vinculación territorial del/la adolescente y su familia o adulto relacionado con las redes de protección social.
5. Preparar a los/las adolescentes para la vida independiente.

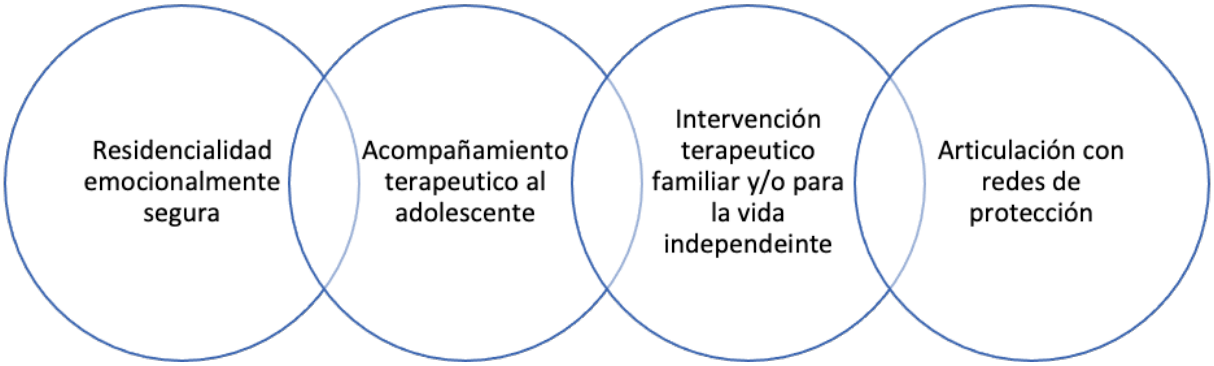
En cuanto al perfil de NNA atendidos en este modelo residencial, las RFA, están dirigidas a adolescentes de entre 14 y 17 años, 11 meses y 29[5] días ingresados con medida de protección judicial –debido a graves vulneraciones de derecho– y que han sido separados temporalmente de su núcleo familiar, por orden judicial decretada por un juez con competencia en Familia.

El modelo de intervención del RFA se centra en cuatro pilares (1) Residencias emocionalmente segura, (2) Acompañamiento terapéutico al adolescente, (3) Intervención terapéutica familiar y/o para la vida independiente y (4) Articulación con redes de protección. Todos estos elementos buscan asegurar la atención integral a los y las adolescentes, permitiéndoles a éstos participar en

[5] Como excepción, los niños o niñas menores de 14 años podrán ingresar a la Residencia Familiar cuando se evalúe como la mejor alternativa en función de su interés superior. No podrán ingresar a la Residencia Familiar niños o niñas con una edad inferior a 12 años, quienes podrían ser acogidos en otra modalidad de cuidado alternativo.

procesos de recuperación, en un espacio emocionalmente seguro, en donde se les garantice un proceso de recuperación respecto de las experiencias adversas y la posibilidad de retomar su curso de desarrollo (Servicio Nacional de Menores, 2019) (ver figura 2).

Figura 2: Ámbitos de acción de las residencias de administración directa para adolescentes (RFA).



Fuente: Orientación Técnica de la Residencia Familiar de Administración Directa para Adolescentes, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.

1.2.1 Residencias Emocionalmente Seguras:

De acuerdo a las bases técnicas del modelo RFA, una residencia emocionalmente segura es aquel lugar capaz de configurar espacios cotidianos que sostengan y respondan a las necesidades del desarrollo de cada uno de los adolescentes atendidos, generando sentido de pertenencia y anclaje efectivo (Departamento de Protección de Derechos Área de Diseño y Evaluación, Servicio Nacional de Menores, 2019). Así, además de garantizar las necesidades básicas, las residencias familiares buscan constituirse como una experiencia de cuidado cotidiano basado en el buen trato.

Como indica la evidencia[6], la posibilidad de generar vínculos estables y positivos con quienes asumen el rol de cuidado es un factor clave para el éxito de una intervención de protección infantil, por lo que el modelo de RFA establece que cada adolescente atendido contará con un tutor/a quien estará a cargo de acompañarlo en su proceso y será el responsable del caso. El tutor diario es el encargado de acompañar la rutina cotidiana, realizando encuentros diarios con el adolescente y generando las intervenciones necesarias acorde a su plan de intervención individual (PII)[7].

A fin de asegurar que la residencia familiar sea un espacio emocional seguro y estable para los/las adolescentes, es fundamental que estos cuentan con rutinas establecidas. El terapeuta

[6] (Clarke, 2011; James, 2011; Whittaker et al., 2016).

[7] El diseño del plan de intervención individual (PII) será explicado en mayor detalle más adelante en este informe.

ocupacional es el encargado de elaborar esta rutina cotidiana, coordinando las particularidades de cada caso. Esta rutina debe ser flexible acorde a las necesidades, intereses del/la adolescente y a contingencias de la vida dentro de las residencias. Tal como establece la norma técnica, la rutina debe promover la independencia de los adolescentes permitiéndoles a estos tomar decisiones de su vida cotidiana.

Sumado al tutor de referencia y al/la terapeuta ocupacional, el modelo de RFA enfatiza que en la construcción de una relación de respeto y confianza participa todo el equipo de interventores, por lo que todos los profesionales de la residencia deben ejercer su rol asegurando un ambiente protector permitiendo que el adolescente pueda recuperarse de las vulneraciones sufridas.

A fin de instalar espacios de diálogo, el equipo residencial debe gestionar encuentros quincenales entre todos los adolescentes atendidos en la residencia familiar, con el objetivo de que estos compartan experiencias, y se abra un espacio de conversación.

El objetivo central de la residencia emocionalmente segura es que este espacio se constituya como un factor preventivo de situaciones de desajuste emocional y/o conductual de los adolescentes, y que, en caso de ocurrir dichas situaciones, el equipo interventor esté preparado para abordarlas manteniendo el ambiente de buen trato y respeto.
Elementos claves para lograr un ambiente residencial emocionalmente seguras:

- Contar con estándares de infraestructura
- Instalar un ambiente familiar de cuidado
- Instalar rutinas que permitan la estabilidad
- Promover las relaciones positivas con el entorno
- Asegurar que todo el personal a cargo del acompañamiento o cuidado, tanto personal profesional como administrativos tengan las competencias necesarias para relacionarse positivamente con los adolescentes, y responder ante situaciones críticas.

1.2.2 Acompañamiento Terapéutico al Adolescente

El segundo ámbito de acción del modelo RFA, es el acompañamiento terapéutico a los/as adolescentes. Este acompañamiento refiere a un proceso liderado por la dupla del adolescente, la cual está conformada por un/a psicólogo/a y un trabajador/a social especialista en intervención con adolescentes, y es complementada por todo el equipo de las residencias, a saber, equipo de tutores, técnicos en enfermería nivel superior, terapeutas ocupacionales y psiquiatra (cuando sea evaluado y derivado por psicólogo/a y/o médico general).

El trabajo terapéutico se basa en intervenciones especializadas de carácter psicoterapéutico, que buscan que el el/la adolescente elabore –o al menos comience a reelaborar- las experiencias de

vulneración sufridas, que restablezca la confianza en sí mismo y que logre configurar nuevas formas de situarse en el mundo, de manera de favorecer la construcción de un proyecto de vida autónoma e independiente (Departamento de Protección de Derechos Área de Diseño y Evaluación, Servicio Nacional de Menores, 2019). Este proceso aborda las dinámicas de vinculación con pares, con familiares y otros adultos significativos, buscando potenciar la vinculación familiar y social (grupo de pares e interacción con el medio).

En el contexto de la residencia familiar, es fundamental que el acompañamiento terapéutico se nutra de la residencia emocionalmente segura, pues "en la medida que en la Residencia Familiar el/la adolescente se sienta bien y cuente con pares y/o tutores que le acogen con afecto y le acompañen de forma permanente, será posible sostener una intervención terapéutica efectiva para su recuperación de experiencias de vulneración y para construir su proyecto de vida futura" (Departamento de Protección de Derechos Área de Diseño y Evaluación, Servicio Nacional de Menores, 2019, pp. 20).

En el contexto de las residencias familiares, la intervención terapéutica es un proceso continuo, y por ende todo el equipo residente realiza labores de contención y apoyo terapéutico. Después de las sesiones individuales psicoterapéuticas, el equipo residencial realiza un proceso de contención con los adolescentes a través de la conversación y el juego. A fin de no recargar emocionalmente el espacio de despliegue cotidiano, es importante que ambas instancias se desarrollen en espacios diferentes.

1.2.3 Intervención terapéutica familiar y/o para la vida independiente

El tercer ámbito de acción refiere a la intervención familiar y/o para la vida independiente de los adolescentes atendidos. Tal como indica la norma técnica, el principal objetivo de este ámbito es "promover dinámicas familiares bien tratantes, junto con fortalecer las competencias requeridas para recuperar el cuidado personal del/la adolescente o bien para mantener el vínculo familiar en aquellos casos en que la solución apunte al fortalecimiento y preparación para la vida independiente" (Departamento de Protección de Derechos Área de Diseño y Evaluación, Servicio Nacional de Menores, 2019, pp. 21).

En el ámbito familiar, la intervención psicosocial es liderada por una dupla especializada que busca intervenir sobre la familia o adulto significativo que podría ejercer el cuidado de la o el adolescente al momento del egreso de la residencia, o que, en caso de no poder asumir su cuidado, se mantenga como una figura que pueda contribuir al bienestar de/la adolescente. Este proceso de intervención se realiza tanto dentro de la residencia como en el hogar familiar. Todo el proceso de intervención familiar se estructura en torno a tres ejes:

1. Fortalecimiento de las competencias parentales
2. Elaboración sobre experiencia de parentalidad
3. Abordaje de la dinámica e interacción familiares.

En el ámbito residencial se favorece que los adolescentes tengan encuentros con sus familias o adultos significativos lo más frecuente posible, buscando que estos participen de espacios cotidianos de los/las adolescentes. Así, en los casos en que sea pertinente el equipo promoverá las visitas de los familiares como también sesiones de trabajo en el domicilio familiar. En los espacios de visita, se privilegia la oportunidad de momentos de libre interacción entre adolescente y familiares[8]. En cuanto a la periodicidad, se establece que estas deberán concretarse como mínimo una vez a la semana, favoreciendo la mayor frecuencia posible.

En cuanto a la preparación para la vida independiente, el proceso de acompañamiento terapéutico familiar también se orienta, con todos los/las adolescentes al fortalecimiento de su autonomía. En aquellos casos en que no se proyecta el egreso con un adulto que asuma su cuidado, la dupla psicosocial especializada en intervención familiar, trabajará con el/la adolescente en el desarrollo de habilidades de autogestión. El objetivo del trabajo para la vida independiente es que cada adolescente construya una idea de futuro, proyectando su vida por fuera de la residencia familiar[9]

Dentro de este ámbito un elemento central para el desarrollo de un proyecto de vida para los/as adolescentes, refiere al ámbito educativo. En este sentido, se potencia que los/as adolescentes completen la educación escolar y se incentive la continuidad de estudios de educación superior técnica o universitaria. Asimismo, se busca que los adolescentes logren acceder a capacitaciones laborales que los preparen para su egreso.

El trabajo de preparación para la vida independiente busca en última instancia, que los adolescentes desarrollen habilidades para hacer frente a la vida diaria, fomentando su proceso de independencia y transición a la vida adulta, y recuperando la confianza en sí mismo/a y en los demás.

1.2.4 Articulación con redes de protección

Finalmente, el cuarto ámbito de acción del modelo RFA, es la articulación con redes de protección, el cual se relaciona con la articulación de todas las instancias necesarias para que el/la adolescente mantenga sus vínculos con sus familias, o su comunidad, - siempre que no configuren factores de riesgo para la recuperación y restitución del derecho a vivir en familia y/o fortalecimiento de la autonomía.

Para lograr esta articulación, la acción territorial será apoyada por el equipo de soporte regional. Este equipo es el encargado de desarrollar un proceso de vinculación y articulación territorial de la residencia con la comunidad en el cual está inserta.

---

[8] Revisar el protocolo de visitas en el contexto de la residencia familiar. Disponible en https://www.sename.cl/wsename/p7_05-04-2018/protocolos-2016.pdf

[9] Revisar el protocolo para la vida independiente. Disponible en https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2021/03/Guia-Operativa-01-2021-Vida-Independiente.pdf

Esta vinculación debe asegurar el derecho de los/as adolescentes a la educación, y a la salud, participando de los servicios correspondientes al territorio.

Sumado a esto, el modelo también busca fomentar el relacionamiento comunitario de los adolescentes con sus comunidades de acogida. Para esto es importante que los equipos de soporte establezcan alianzas estratégicas con los actores locales, favoreciendo que los adolescentes accedan a las prestaciones, beneficios o servicios disponibles para ellos que puedan aportar al logro de los Planes de Intervención y a la restitución de los derechos de los adolescentes.

Las principales áreas de trabajo desarrolladas por el equipo residencial son las siguientes: (1)Vinculación con Organizaciones comunitarias, (2) Vinculación Ocupacional, (3) Vinculación educacional, (4) Vinculación a servicios de salud, y (5) Vinculación con servicios Municipal.

1.2.5 Proceso de Intervención

De acuerdo a las orientaciones técnicas, el proceso de intervención del modelo RFA cuenta con cinco hitos estructurales: (1) El ingreso y Acogida, (2) Evaluación, (3) Intervención residencial, (4) Intervención domiciliaria, y (5) Egreso.

Hito 1: Ingreso y acogida a Residencia Familiar:

El ingreso de los/as adolescentes a la Residencia Familiar ocurre por una decisión y orden judicial oficiada desde un Tribunal con competencia en materia de Familia. La fase de ingreso se inicia al momento en que se toma conocimiento de la orden del juez –verbal o escrita– y concluye una vez transcurrida la primera semana de permanencia del/la adolescente en la Residencia Familiar.

De acuerdo al protocolo de ingreso y acogida del/la adolescente[10], las actividades de ingreso se organizan en cuatro momentos, a saber (1) la preparación del ingreso, (2) El ingreso a la residencia familiar, (3) la acogida inicial y (4) el acompañamiento durante los primeros días.

En la instancia de la acogida inicial el director y el tutor del adolescente se reúne con este para conversar sobre la situación, explicarle los objetivos del ingreso, presentarle el equipo interventor y a los otros adolescentes de la residencia, y explicarle las reglas generales de convivencia. La acogida inicial es el puntapié de una relación de confianza con el/la adolescente, por lo que es fundamental que esta se desarrolle en un espacio propicio, es importante que se establezca desde el comienzo una interacción cercana y de respeto, y se presente en el primer minuto la figura del tutor que tendrá el rol de acompañamiento cotidiano. Posteriormente, el acompañamiento en los primeros días tiene por objetivo promover nuevos estilos de vinculación, fortaleciendo la confianza entre el/la adolescente y el equipo interventor.

[10] Revisar protocolo de Ingreso. Disponible en https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2019/05/2-Protocolos-RFA.pdf

Hito 2: Evaluación de Ingreso

La segunda fase, es la evaluación de ingreso, la cual tiene una duración máxima de 3 meses a partir del día que el/la adolescente ingresa a la residencia familiar. Este proceso consta de una evaluación integral[11], dividida en dos etapas, una evaluación inicial (en el primer mes), y una evaluación de profundización (en el segundo mes).

Evaluación inicial: Durante el primer mes en la residencia, el equipo busca identificar la situación de vulneración que gatilla la orden del juez, identificando los factores de riesgo y los factores protectores. Durante todo este proceso tanto el/la adolescente como su familia son actores claves.

Elementos claves a identificar:

- Situación que dio origen a la separación de la familia ordenada por Tribunal con competencia en Familia,
- Situación actual del/la adolescente respecto de su bienestar y desarrollo
- Recursos y factores de riesgo en el ejercicio de la parentalidad y constitución familiar
- Trayectoria de vulneración e intervención en protección especializada.
- Conductas de riesgo de consumo de drogas y esfera sexual.

Considerando toda la información recopilada, el equipo decidirá cuál es la mejor alternativa para la recuperación y restitución de derechos del/la adolescente: la intervención residencial u otra modalidad de intervención de SENAME (cuidado alternativo o ambulatorio)[12].

Evaluación de profundización: Esta evaluación busca profundizar en las situaciones del/la adolescente y su familia, definiendo objetivos a tratar en el proceso de intervención residencial. A nivel del adolescente, en esta etapa el equipo busca conocer la situación actual del/la adolescente, sus patrones relacionales y evaluar los ámbitos social, físico y cognitivo del desarrollo. El psicólogo de la dupla evalúa a fin de crear un plan de terapia individual, y por su parte el/la trabajador/a social, buscará generar un plan de inserción comunitaria atingente a la situación del adolescente. A la vez, el personal de salud identificará si el adolescente requiere algún medicamento, o bien ser referido a algún especialista médico. En cuanto a la evaluación familiar, esta está a cargo de la dupla especializada en familia y busca definir las dinámicas y estructura familiar de quienes participaban en el cuidado del/la adolescente antes de su ingreso a la Residencia Familiar, identificando factores de riesgo y protectores para el ejercicio de la parentalidad. En función de la evaluación familiar se define si es posible proyectar con ellos un

[11] Revisar protocolo de evaluación de Ingreso. Disponible en https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2019/05/2-Protocolos-RFA.pdf

[12] En los casos donde se concluye que la derivación a la Residencia Familiar no es la decisión más pertinente, el equipo en coordinación con el/la abogada del adolescente y el/la abogada del equipo de soporte deben en un plazo de una semana emitir un oficio al Juez de Familia correspondiente indicando su recomendación de egresar con una fundamentación técnica y jurídica y solicitar una audiencia a fin de favorecer que dicha instancia decrete el egreso y el posterior ingreso a la modalidad que corresponda: protección especializada o protección social (Departamento de Protección de Derechos Área de Diseño y Evaluación, Servicio Nacional de Menores, 2019).

plan de egreso del/la adolescente. Finalmente, a nivel de inserción comunitaria, este proceso de evaluación busca levantar información respecto de las redes comunitarias e institucionales a las que cada adolescente requiere encontrarse vinculado para la restitución de sus derechos, para luego identificar a qué redes ya se encuentra vinculado y a cuáles no.

Los resultados de este proceso de evaluación integral deben quedar registrados en el informe de evaluación integral, que recoge los aspectos fundamentales diagnosticados en esta etapa.

Hito 3: Intervención Residencial

La tercera fase, es la intervención residencial la cual tiene una duración máxima de 12 meses, y se desarrolla acorde al plan de intervención individual (PII) trazado después del proceso de evaluación integral.

Plan de Intervención Individual (PII):

El PII es una herramienta dinámica que permite definir los objetivos, resultados y acción necesaria para su cumplimiento. Esta herramienta es actualizada por el equipo residencial de manera periódica acorde a los avances o retrocesos de los adolescentes. Una vez finalizada la etapa de evaluación este plan debe ser enviado al tribunal en un plazo de 7 días.

El diseño del PII requiere de un trabajo reflexivo y de colaboración en el equipo, orientado por el/la supervisora del equipo de soporte regional. A continuación, se enuncian las actividades necesarias para la elaboración de un PII:

- Reunión técnica de todos los profesionales de la residencia
- Reuniones con equipo de otros programas intervinientes (en caso de existir)
- Análisis de casos entre la dupla de intervención con docentes y familiares.
- Aprobación del plan por parte del director de la residencia familiar
- Socialización del plan con el adolescente y sus referentes familiares
- Establecer instancias de evaluación y actualización del plan

Como mínimo todos PII, debe abordar tres ámbitos de intervención:

1. **Individual: r**evisión de experiencias de vulneración y proyección a futuro. Énfasis en el desarrollo de habilidades para la vida independiente.
2. **Familiar:** Fortalecimiento de dinámicas familiares, y parentales.
3. **Comunitario:** Trabajo de vinculación y fortalecimiento de la vinculación con redes de protección social, comunitaria y local.

Para cada ámbito el PII debe indicar objetivos, plazos y actividades y acciones para el cumplimiento de estos.

Para el desarrollo del Plan de intervención individual se usa como estructuración los cuatro componentes del modelo, previamente definidos en este informe.

En cuanto a la evaluación del PII, el modelo de RFA exige la realización de sesiones de reflexión técnica del equipo residencial con los adolescentes y adultos participantes. En estas sesiones se discuten los avances de los adolescentes y sus familias, y el logro de los resultados esperados. Como resultado de este ejercicio se incorporan modificaciones al PII.

Hito 4: Intervención en domicilio

En los casos en que se ha definido que la familia puede asumir el cuidado del/la adolescente o bien este se encuentra en condiciones de comenzar su vida independiente, se da inicio a la cuarta etapa, de intervención en domicilio. Esta intervención busca ser un acompañamiento durante el periodo de transición fuera de la residencia, en donde el/la adolescente es acompañado por la dupla especializada en intervención familiar durante un año, a través de sesiones que disminuye de frecuencia conforme avanza el tiempo.

En los casos de reintegración familiar, esta etapa consiste en un proceso de permanencia progresiva, donde se establece un aumento progresivo de la responsabilidad de cuidado por parte de la familia o adultos significativo[13]. Durante todo este proceso la dupla especializada en familia trabaja con él/la adolescente y su familia o adultos significativos en sesiones semanales y luego quincenales. Como mínimo, estas sesiones deben considerar las siguientes actividades (ver tabla 2):

Tabla 2: Actividades mínimas realizadas en la intervención domiciliaria en los casos de reintegración familiar.

Dimensión	Actividades básicas
Fortalecimiento de Habilidades Parentales	● Sesiones sólo con adultos para el trabajo respecto de sus reacciones ante situaciones de conflicto familiar. ● Reforzamiento de la vinculación con redes de protección social requeridas. ● Apoyo en la resolución de situaciones problemáticas que dificultan el ejercicio de la parentalidad.
Dinámica Familiar	● Sesiones de reflexión familiar sobre cómo ha sido volver a vivir juntos o vivir por primera vez juntos. ● Observación de la dinámica en el espacio cotidiano para apoyar

A su vez, en los casos en que no sea viable la reintegración familiar, y se opte por una transición a la vida independiente, el trabajo de acompañamiento domiciliario refiere principalmente, al desarrollo de habilidades para la vida y al apoyo a la vinculación comunitaria. Como mínimo, estas sesiones de acompañamiento deben considerar las siguientes actividades (ver tabla 3):

[13] La reintegración definitiva debe ser autorizada por el Tribunal.

Tabla 3: Actividades mínimas realizadas en la intervención domiciliaria en los casos de transmisión a la vida independiente.

Dimensión	Actividades básicas
Fortalecimiento de habilidades para la vida cotidiana	● Rutina del/la joven ● Alimentación ● Situación asociada a las experiencias adversas sufridas
Fortalecimiento de la vinculación con otros	● Vinculación con adultos protectores ● Participación en espacio de formación o laboral ● Vinculación con red de salud

Hito 5: Egreso

La última etapa del proceso de intervención refiere al Egreso, el cual se concreta con la modificación de la medida de protección judicial, tras una evaluación de las condiciones necesarias para dar término a dicha medida.

A continuación, se presentan las principales actividades de cierre:

- Acciones administrativas tales como egreso de SENAINFO, revisión y orden de carpeta, entre otros.
- Despedida de la residencia familiar, de los padres y del equipo.
- Entrega de documentación correspondiente al adolescente o familia de egreso.

2. Objetivos y metodología del Estudio

Objetivo general: Revisar, analizar y proponer modelos de trabajo en base a características de las y los adolescentes en cuidado alternativo residencial y proponer modelos de atención e intervención especializada adecuada a las necesidades y trayectorias, para dar efectividad a la protección de estos sujetos de atención.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar en diversas dimensiones (trayectorias de vida personal, familiar, proteccional, judicial y situación actual de protección) a las y los adolescentes.
2. Identificar, revisar y sistematizar experiencias comparadas, nacionales e internacionales, que cuentan con evidencia respecto a la efectividad en la protección de adolescentes con trayectorias de grave vulneración, con o sin cuidado alternativo residencial, con similares características y niveles de desprotección.
3. Analizar los contextos institucionales y normativos que han regido las trayectorias y decisiones proteccionales y judiciales de los adolescentes.
4. Identificar y sistematizar las principales dificultades que se enfrenta en el cuidado alternativo residencial, específicamente en el modelo de residencia familiar para adolescentes, que interfieren en la efectiva protección de las y los adolescentes atendidos en estos centros de administración directa del SNPENA.
5. Proponer estrategias y/o modelos para el trabajo con adolescentes que permita interrumpir situaciones que dificulten su efectiva protección.
6. Proponer, en base a las dificultades identificadas y considerando las experiencias comparadas sistematizadas, ajustes al modelo de residencia familiar para adolescentes, que permita interrumpir la persistencia de vulneraciones y situaciones en conflicto con la ley, para hacer efectivos sus derechos, mientras están en cuidado alternativo residencial.
7. Establecer una mesa de trabajo conformada por expertos académicos y ejecutores de políticas, para la revisión y análisis de las dificultades actuales para lograr la protección efectiva de adolescentes en cuidado alternativo residencial en RFA, así como los productos y propuestas establecidas en los productos de la consultoría.

En el presente estudio se desarrolló un enfoque metodológico mixto, donde se combinaron y triangularon métodos y fuentes de información distintas, para abordar mejor el problema de investigación y mejorar la validez de los datos (Ivankova & Plano Clark, 2016).

Con el fin de abordar el Objetivo Específico Nº1 (Caracterizar en diversas dimensiones (trayectorias de vida personal, familiar, proteccional, judicial y situación actual de protección) a las y los adolescentes), se realizó una caracterización de los y las adolescentes vigentes en el sistema de protección residencial, en torno a sus trayectorias personales, familiares, profesionales y judiciales; a partir de una base de datos administrativos del Servicio Mejor Niñez y Sename

(SENAINFO). La cohorte que se caracterizó estuvo compuesta tanto por NNA, de entre 14 y 18 años que se encuentran vigentes en el sistema residencial, así como por aquellos que, no estando en residencias actualmente, transitaron por ellas entre los 14 y 17 años, entre el 2016 y el 2022.

Lo anterior se complementó con entrevistas semiestructuradas realizadas a adolescentes en las 5 residencias visitadas, jóvenes ya egresados de residencias y profesionales de las residencias.

En cuanto al Objetivo Específico Nº2 (Identificar, revisar y sistematizar experiencias comparadas, nacionales e internacionales, que cuentan con evidencia respecto a la efectividad en la protección de adolescentes con trayectorias de grave vulneración, con o sin cuidado alternativo residencial, con similares características y niveles de desprotección), se llevó a cabo una revisión documental y de la literatura disponible en las temáticas requeridas.

Para dar respuesta al Objetivo Específico Nº3 (Analizar los contextos institucionales y normativos que han regido las trayectorias y decisiones proteccionales y judiciales de los(as) adolescentes), se realizó un análisis documental que da cuenta de los cambios jurídicos e institucionales que han regido las trayectorias proteccionales y judiciales de los y las adolescentes. Asimismo, este análisis buscó ahondar en la situación actual, en la cual se encuentra el marco jurídico institucional del modelo de residencias familiares para adolescentes (RFA) en Chile.

En cuanto al Objetivo Específico Nº4 (Identificar y sistematizar las principales dificultades que se enfrenta en el cuidado alternativo residencial, específicamente en el modelo de residencia familiar para adolescentes, que interfieren en la efectiva protección de las y los adolescentes atendidos en estos centros de administración directa del SNPENA) se llevó a cabo una fase de trabajo cualitativo, a través de estudios de casos en 5 residencias del país. Para llevar a cabo este trabajo cualitativo, se visitaron durante 4 días cada una de las residencias, donde se entrevistaron a 4 adolescentes por residencia, el director de la residencia, el encargado de vida familiar y se desarrollaron grupos focales con los profesionales de las residencias, como tutores, psicólogos, trabajadores sociales, tens y terapeuta ocupacional. En total se realizaron 12 entrevistas a profesionales de residencias, 20 entrevistas a NNA, y se realizaron 5 grupos focales, en los que participaron 25 profesionales de residencias.

Para dar cumplimiento al objetivo nº7, se realizaron dos mesas de trabajo conformada por un equipo expertos del mundo de la academia, y ejecutores de políticas públicas, en temas de infancia con el objetivo de (1) discutir las dificultades actuales que enfrenta el sistema para lograr una efectiva protección de los adolescentes bajo cuidado alternativo residencial en residencias familiares, y (2) analizar críticamente las propuestas establecidas en este estudio, a fin de validar las recomendaciones.

Finalmente, a través del análisis y triangulación de toda la información recopilada, se da cumplimiento al Objetivo Específico Nº5 (Proponer estrategias y/o modelos para el trabajo con adolescentes que permita interrumpir situaciones que dificulten su efectiva protección) y al

Objetivo Específico N°6 (Proponer, en base a las dificultades identificadas y considerando las experiencias comparadas sistematizadas, ajustes al modelo de residencia familiar para adolescentes, que permita interrumpir la persistencia de vulneraciones y situaciones en conflicto con la ley, para hacer efectivos sus derechos, mientras están en cuidado alternativo residencial). Lo anterior se encuentra desarrollado en el apartado final de recomendaciones.

3. Niños, niñas y adolescentes del sistema de cuidado alternativo residencial: Caracterización cuantitativa

El siguiente apartado responde al primer objetivo de este estudio, el cual busca caracterizar a los y las adolescentes del sistema de cuidado alternativo residencial, en diversas situaciones de su vida personal, familiar, protección y judicial.

Dado el foco del estudio, y el interés de retratar la situación de aquellos jóvenes que son atendidos tanto por el sistema de protección especializada como de justicia juvenil, se harán comparaciones respecto al total de la cohorte estudiada, como también respecto a una submuestra de jóvenes que han tenido contacto ambos sistemas, ya sea de manera simultánea o con desfases temporales.

Fuentes de Información

El proceso de caracterización fue realizado a partir de una base de datos administrativos del SNPENA y SENAME, proporcionados como parte de un convenio entre ambas instituciones y el Centro de Justicia y Sociedad de la Universidad Católica, en el contexto de este estudio. La cohorte a caracterizar está compuesta tanto por NNA, de entre 14 y 17 años que se encuentran vigentes en el sistema residencial, así como por aquellos que, no estando en residencias actualmente, transitaron por ellas entre los 14 y 17 años, entre el 2016 y el 2022.

Previo a la presentación de los datos, cabe destacar algunas limitaciones metodológicas de las fuentes de información utilizada, a saber, SIS, el sistema de registro informático del Servicio Nacional de Protección Especializada de la Niñez y la Adolescencia, y SENAINFO, el sistema de registro informático de SENAME.

Ambas fuentes de información son utilizadas para registrar la registrar la información de cada caso atendido en los distintos programas de la red, así como para registrar las acciones realizadas durante el periodo de intervención. En el caso de SNPENA, tanto los programas de administración directa como aquellos administrados por Organismos Colaboradores

Acreditados (OCAS), tienen la obligación de llevar estos registros, por lo que la base de datos de SIS posee el registro histórico de cada persona atendida en el sistema, lo que permite obtener datos de la magnitud de la población atendida y egresada. Tanto la base de datos manejada por SNPE como por SENAME resultan ser herramientas útiles para cuantificar a la población que es atendida y que transita por el sistema de protección especializada y de justicia juvenil. No obstante, para la caracterización más detallada de la población existen ciertas limitaciones que deben ser consideradas. Ambas fuentes de registro fueron diseñadas como herramientas para la gestión y supervisión de la ejecución de los programas y no para obtener información estandarizada de los NNA (Hogar de Cristo, 2017). Así, si bien existe una multiplicidad de campos y variables, estos son completados por los interventores y no todos poseen instrumentos estandarizados para la recolección de información, lo que pone en cuestión la validez de algunos datos.

Un estudio del CJS realizado para UNICEF (2019) dio cuenta de tres limitaciones de estas plataformas:

- Las plataformas carecen de un mecanismo de validación automática de la información que suben los miles de interventores sobre sus usuarios, lo que genera problemas de consistencia de los datos.
- Algunas variables presentan problemas de diseño metodológico, en tanto sus alternativas de respuesta no son mutuamente excluyentes o refieren a conceptos distintos.
- No existen criterios unívocos para ingresar los valores de las variables en la base de datos. Se visibiliza que los profesionales interpretan de forma heterogénea tanto las variables como las alternativas disponibles, lo que resta confiablidad a la información (Centro de Estudios Justicia y Sociedad, 2019).

Estas dificultades afectan los análisis estadísticos de los datos, sobre todo los que implican algún diagnóstico (en salud mental, consumo de drogas, discapacidad, etc.) o motivos de ingreso/egreso del sistema. Así, si bien dichas bases de datos cuentan con información respecto a ciertas variables de interés para este estudio, algunos datos pueden presentar imprecisiones.

Respecto a estas limitaciones, cabe destacar que el artículo 31 de la Ley N.º 21.302, que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y la Adolescencia, mandata la creación de un nuevo sistema de información el cual busca subsanar las limitaciones antes mencionadas.

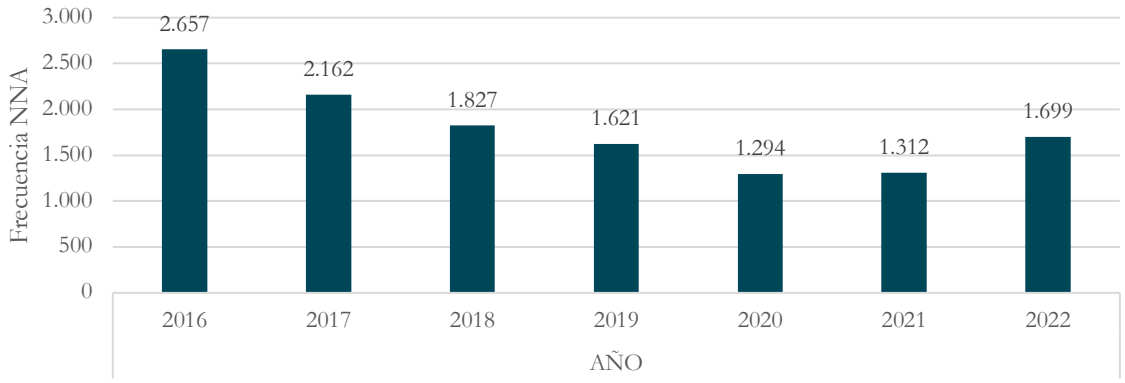
Habiendo estipulado lo anterior, a continuación, se presenta la caracterización de los NNA atendidos en el sistema de cuidado alternativo residencial.

3.1 Características Demográficas

La cohorte estudiada consta de 10.060 NNA, de los cuales un 79% (7.972) ya egresó del sistema de cuidado alternativo residencial, y un 21% (2.088) se encuentra vigente en el sistema.

El grafico 1 muestra la cantidad de NNA en el sistema de cuidado alternativo residencial, durante el periodo 2016-2022. Se observa una diminución de 5.5 puntos porcentuales en el número de NNA atendidos en el periodo señalado.

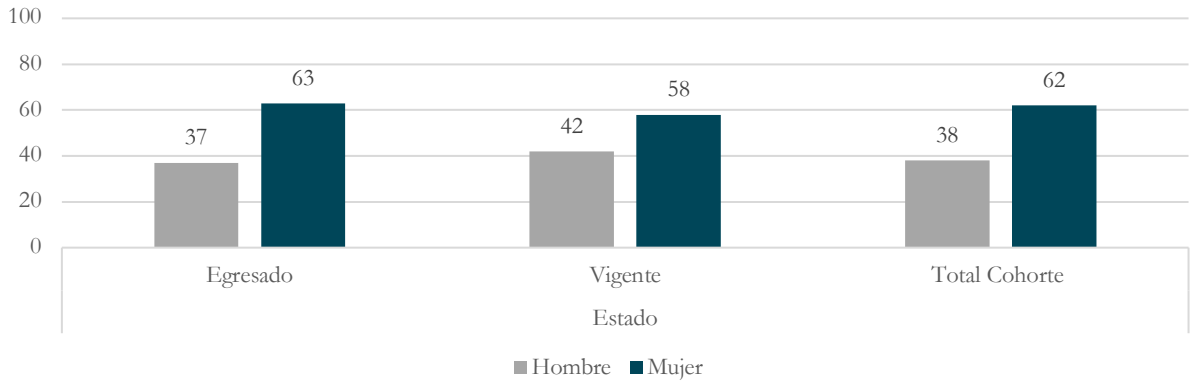
Gráfico 1: NNA atendidos en el sistema de cuidado alternativo residencial año 2016- 2022



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SIS.

En términos de distribución por género, la cohorte está compuesta mayoritariamente por mujeres: un 62,1% (6.247) son mujeres y 37,9% (3.812) son hombres. Al analizar la distribución por sexo según estatus en el sistema, se observa una proporción similar de mujeres y de hombres entre quienes ya egresaron del sistema residencial y quienes se mantienen en este (Grafico 2).

Gráfico 2: Sexo según estatus en el sistema de la cohorte (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SIS N=10060. N Egresados = 7973. N Vigentes =2088.

A su vez, las edades de los NNA de la cohorte oscilan entre los 14 y 18 años, concentrándose en las edades de 14 y 15 (70% de la cohorte)[14]. Esta tendencia se replica tanto entre los NNA egresados como los NNA vigentes de la cohorte.

Finalmente, en cuanto a la nacionalidad de los NNA, el 93% de la cohorte es de nacionalidad chilena, seguido de la nacionalidad boliviana (1,6%, 163 NNA), venezolana (1,4%, 145 NNA) y colombiana (1,0%, 105 NNA). No se presentan diferencias significativas en la composición por nacionalidad de la cohorte, entre aquellos NNA egresados y vigentes.

Submuestra Estatus Dual y Atención Simultánea

Tal como se mencionó, dado el foco del estudio uno de los elementos a analizar es la situación de aquellos NNA que entran en contacto tanto con el sistema de protección especializada como de justicia juvenil. A fin de precisar el análisis, se utilizarán dos conceptos para referirse a esta población. En primer lugar, se utilizará el concepto **NNA con Estatus Dual**, para referirse a aquellos NNA que en algún momento de sus trayectorias institucionales entraron en contacto con ambos sistemas, ya sea de manera simultánea o no. En segundo lugar, se utiliza el concepto de **NNA con Atención Simultánea**, para referirse solo a aquellos jóvenes que actualmente están siendo intervenidos por ambos sistemas. Todas las variables de caracterización de este apartado serán analizadas desde esta submuestra.

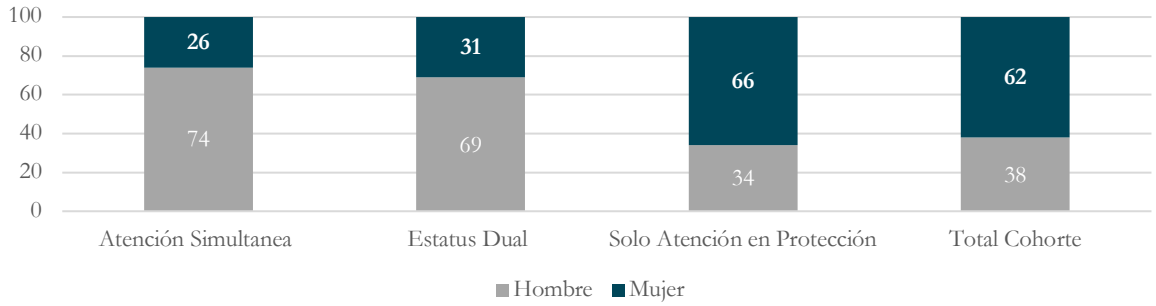
En términos de magnitud los NNA con estatus dual representan el 11,5% (1.155) de la cohorte. Es decir, entre el 2016 y 2022, 1.155 NNA que han pasado por el sistema de cuidado alternativo residencial, han tenido algún tipo de contacto, ya sea antes, durante o después de egresar con el sistema de responsabilidad penal adolescente.

Al analizar solo a la población vigente en el sistema de cuidado alternativo residencial, actualmente 85 NNA posen Estatus Dual, lo que corresponde al 4% de la población vigente. Asimismo, 57 NNA están actualmente en Atención Simultánea, es decir, están siendo atendidos por ambos sistemas al mismo tiempo. Los NNA con atención simultánea representan el 2,7% de la población vigente en el sistema de cuidado alternativo residencial.

Al observar las variables demográficas antes descritas (género, edad, y nacionalidad) en la submuestra de aquellos casos con estatus dual y/o atención simultánea, algunas distribuciones cambian.

Respecto al género, entre aquellos casos con estatus dual, los hombres representan el 69%, mientras que las mujeres el 31%. Es decir, si bien dentro del sistema de cuidado alternativo residencial las mujeres son mayoría, en el caso de los NNA con estatus dual estas proporciones se revierten. Esta situación se intensifica aún más para los casos de atención simultánea, donde la población masculina representa el 74% y la femenina solo el 26%. (ver gráfico 3).

Gráfico 3: Sexo según tipo de atención de la cohorte (%)

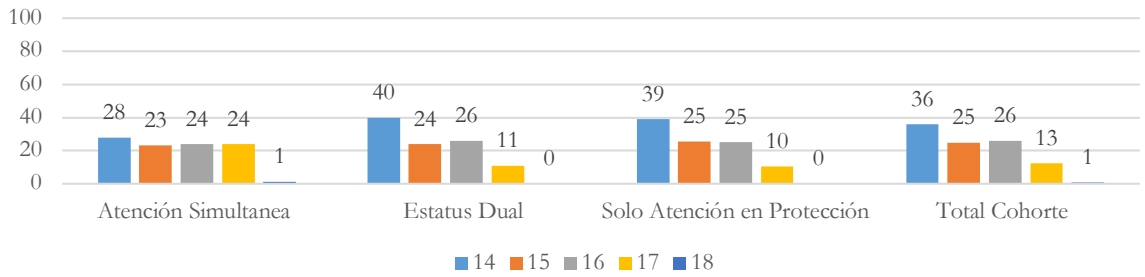


Fuente: Elaboración propia a partir de datos SIS y SENAINFO. N.º Estatus Dual =1155 N.º Atención Simultánea =57; N.º Total Cohorte =10.060

En cuanto a la distribución por género, es importante relevar que, si bien la mayoría de los casos con estaus dual son hombres, la proporción de mujeres está sobrerrepresentado respecto a población femenina en justicia juvenil. En efecto, según el compendio estadístico de Sename 2021, las mujeres representan entre el 5% y 10% de la población en justicia juvenil. Como se observó en el grafico 3, las mujeres representan el 31% de los casos con estatus dual, lo que implica que parte importante de las mujeres que ingresan al sistema de justicia juvenil poseen antecedentes proteccionales. En última instancia pareciera ser que, en el caso de las mujeres, las experiencias de vulneración son un factor relevante a la hora de dar cuenta de sus conductas delictuales.

A su vez, respecto a la edad, tanto los NNA con estatus dual como con atención simultánea se concentran en las categorías de 16, 17 y 18 años, (ver gráfico 4), lo que se condice con el promedio de edad de otros estudios con población de justicia juvenil. Finalmente, en cuanto a la nacionalidad, no se presentan diferencias significativas entre la población total de la cohorte y los NNA con estatus dual y/o atención simultánea.

Gráfico 4: Edad según tipo de atención de la cohorte (%)



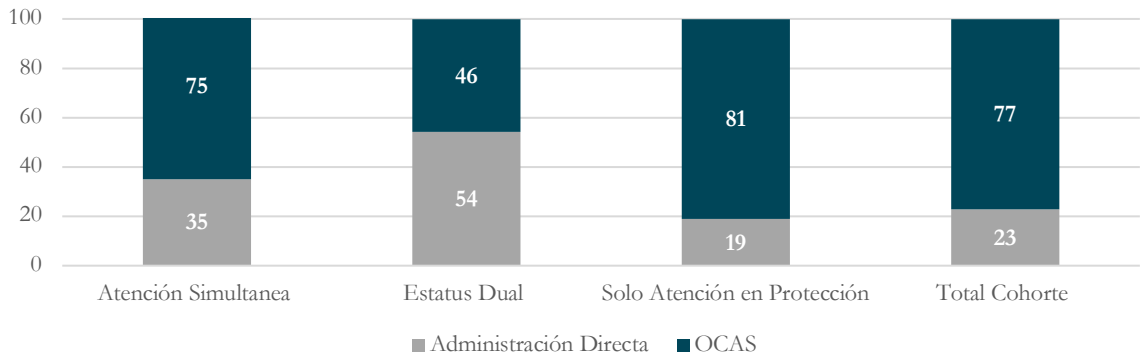
Fuente: Elaboración propia a partir de datos SIS. Solo atención Protección N: 8905, Estatus Dual: Nº 1155 Total Cohorte Nº: 10060

Sumado a las variables anteriores, la información de SIS permite caracterizar a la población con relación al tipo de administración de la residencia en la cual habitan. Respecto a esta variable, el

77,2% de la cohorte (7.765 NNA) ingresó a una residencia administradas por Organismos Colaboradores Acreditados (OCAS) en su último ingreso al sistema de cuidado alternativo, y un 22,8% (2.294 NNA) ingresó a una residencia de administración directa. En cuanto a la población vigente, actualmente, el 10% de los NNA (211 NNA) están en residencias de administración directa, mientras que el 90% (1875 NN) está en OCAS.

Al analizar la situación de los NNA con estatus dual y/o atención simultánea, se observa un aumento de la presencia de ellos en residencias de administración directa, respecto a la población sin contacto con el sistema de justicia juvenil. En efecto, de aquellos jóvenes con estatus dual, un 54% (619 NNA) ingresó a una residencia de administración directa en su último ingreso. Asimismo, entre aquellos que están actualmente siendo atendidos por ambos sistemas, el 35% (21 NNA) está en residencias de administración directa (ver gráfico 5).

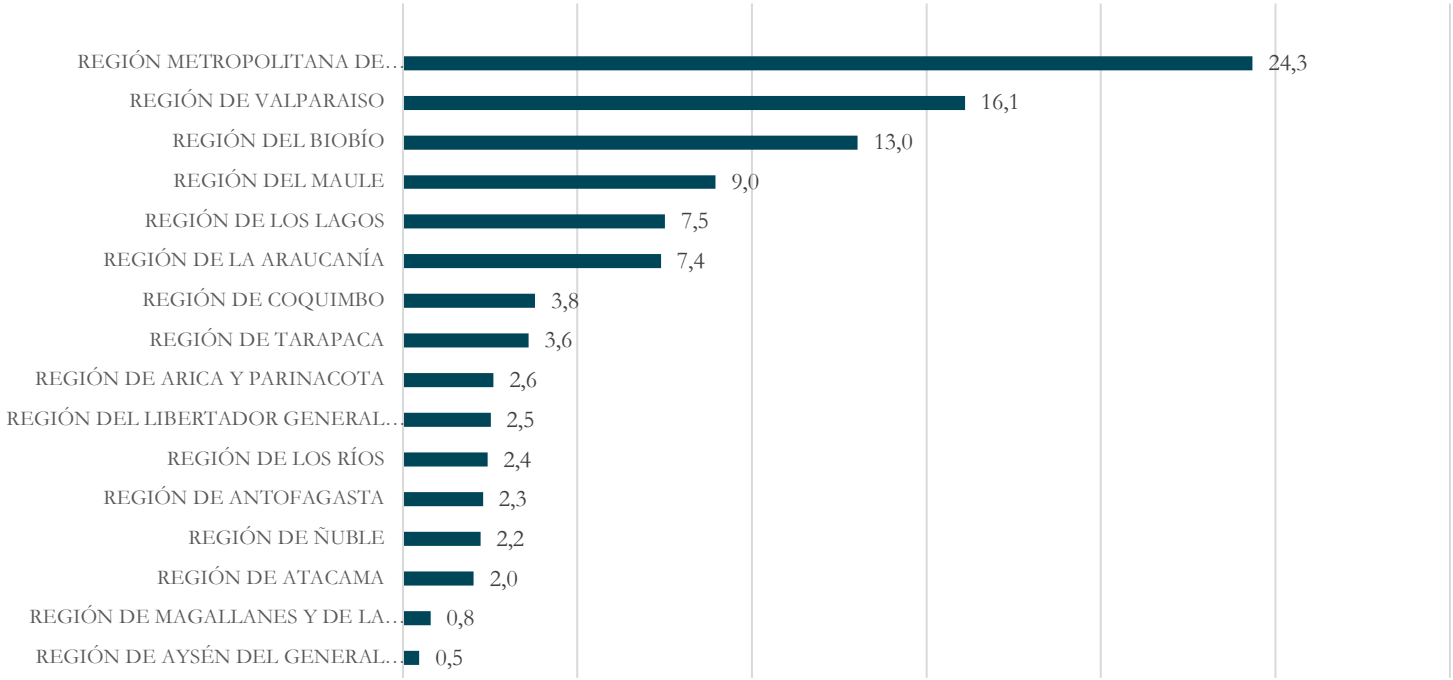
Gráfico 5: Tipo de administración residencial según modalidad de atención (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SIS. Nº Estatus Dual =1155; Nº Atención Simultánea =57; Nº Total Cohorte =10060: N

Finalmente, al analizar la distribución por región, se observa que la mayor cantidad de los adolescentes y jóvenes de la cohorte estuvieron en residencias de la Región Metropolitana (24,3%, 2.448 NNA), seguidos por las regiones de Valparaíso (16,10%, 1.620 NNA), Biobío (13,1%, 1.311 NNA) y Maule (8,95%, 900 NNA). No se presentan mayores diferencias regionales al comparar a la cohorte, con la submuestra de NNA con estatus dual o atención simultánea.

Gráfico 6: Región de la última dependencia a la que ingresó el NNA (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SIS. Nº: 10060

3.2 Historial de Institucionalización

3.2.1 Causa Último Ingreso

En cuanto a las causas de ingreso, el 34% de los NNA de la cohorte ingresó a su última residencia debido a ser víctima de negligencia, siendo esta la causa más prevalente de la cohorte. En segundo lugar, se encuentra la causa de "Protección según orden del Tribunal" con un 32%, lo que implica que no se posee información que especifique la razón por la cual ingresa a una residencia. En tercer lugar, se encuentran aquellos NNA que ingresaron debido a ser víctimas de maltrato y abuso sexual, cada categoría representando un 6% y 5% de las cusas de ingreso respectivamente (ver gráfico 7).

Gráfico 7: Causa de ingreso de ultima residencia (%)

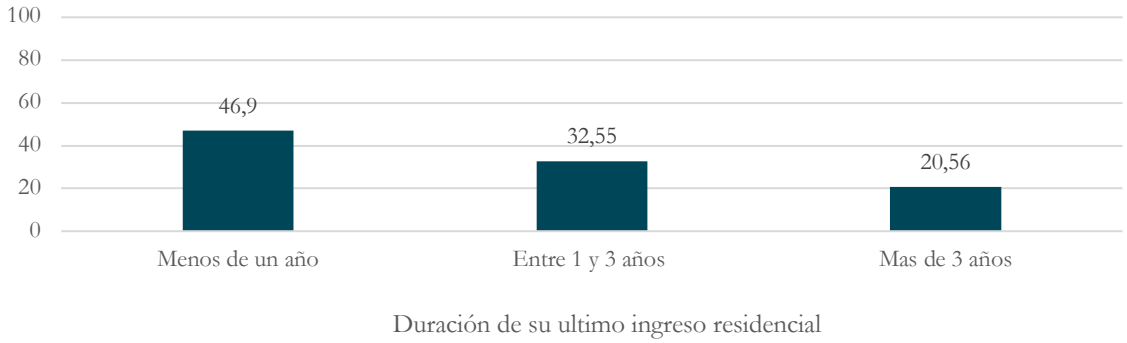
Fuente: Elaboración propia a partir de datos SIS. Nº: 10060

Respecto a los jóvenes con estatus dual o atención simultánea, no se observan diferencias en las causas de ingreso respecto de la cohorte.

3.2.2 Duración Último ingreso y Cantidad de ingresos en el período

Al igual que en estudios anteriores que han evidenciado que las estadías en el sistema de cuidado alternativo residencial son extensas (Centro de Estudios Justicia y Sociedad, 2021), el gráfico 8 muestra que del total de NNA egresados de la cohorte, solo el 47% estuvo menos de un año en su última residencia, mientras un 21% estuvo más de 3 años.

Gráfico 8: Tiempo de permanencia en la última residencia, (%) (NNA egresados)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SIS. Nº: 7972

Ahora bien, es importante señalar que los datos anteriores muestran el tiempo de permanencia solamente en la última residencia. No obstante, los NNA de esta cohorte tienen historias de contacto con los sistemas de protección más extensas. A saber, el 25% fue usuario de otra residencia de protección antes de esta última estadía, y el 8% estuvo en tres o más residencias

previo a su ultimo ingreso. Estos datos hacen suponer que el tiempo de estadía promedio durante la trayectoria vital de los NNA es mayor a lo presentado previamente.

Lamentablemente no fue posible analizar la participación en programas ambulatorios de la red de protección[15],pero en base a estudios anteriores, es esperable que un número significativo de los NNA de la cohorte hayan sido atendidos por algún programa ambulatorio de la red, previo a su ingreso a su última residencia, lo que estaría intensificando el historial de atenciones en el sistema de protección especializada de los NNA[16].

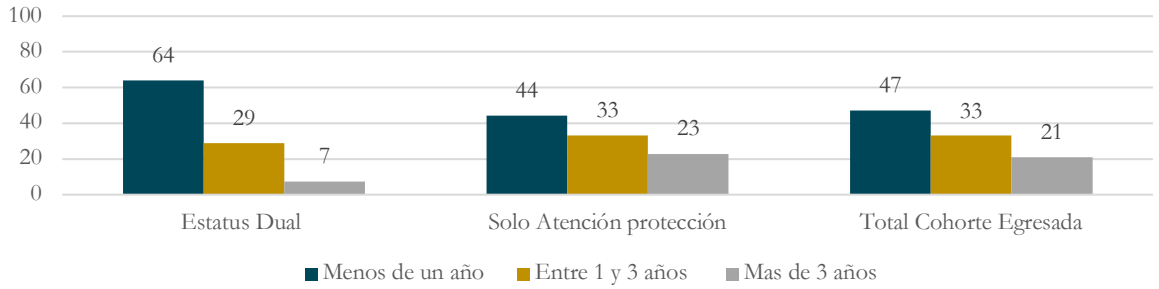
Si bien no se observan diferencias en el tiempo de permanencia en la última residencia, según género ni edad de los NNA, si hay diferencias entre la población migrante y entre aquellos jóvenes con estatus dual.

En el caso de la población migrante, estos NNA presentan estancias más cortas y con menor número de ingresos en el sistema de cuidado alternativo residencial. A saber, del total de migrantes de la cohorte egresada, el 78% (481 NNA) estuve menos de un año en su última residencia, y solo el 3% estuvo más de 3 años. Esto, sumado a que el 84% (521 NNA) nunca estuvo en una residencia de protección previo a su último ingreso, lo que permite suponer que su paso por el sistema de cuidado alternativo es una medida transitoria muchas veces ligado a su ingreso no acompañado al país[17]. Sumado a lo anterior, es importante destacar que solo se posee información respecto a el historial de institucionalización de estos NNA en Chile, por lo que no considera posibles trayectorias de vulneración e institucionalización en sus países de origen.

En cuanto a los jóvenes con estatus dual, estos también presentan estadías más cortas en su último ingreso, pero una mayor cantidad de ingresos al sistema residencial. Es decir, si bien permanecen menos tiempo en cada residencia, ingresan reiteradas veces al sistema (ver gráfico 9 y 10). La menor duración de sus estadías en residencias pueda deberse al abandono por parte de los adolescentes de la residencia. En efecto, el abandono del proyecto residencial es la causa de egreso del 13% de los jóvenes con estatus dual, categoría que representa solo el 3% de las causas de egreso de las jóvenes sin contacto con el sistema de justicia juvenil.

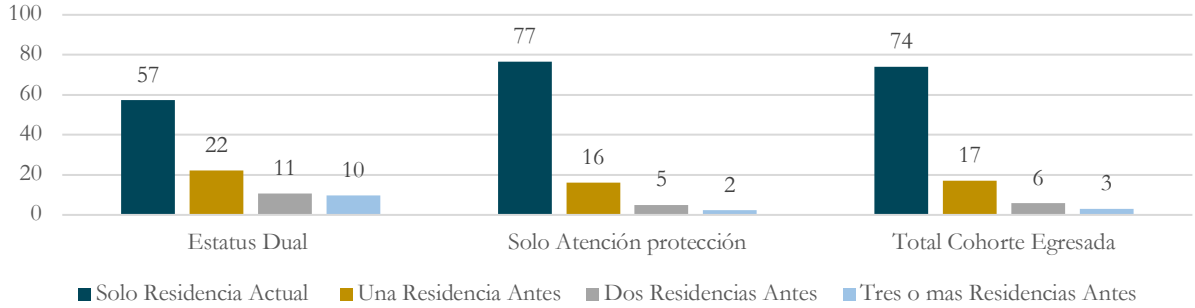
[15] Si bien se solicitó la información, la Base de Datos a trabajar no contaba con dicha variable.
[16] Según el estudio realizado por el Centro de Estudios Justicia y Sociedad, (2021) el 55,7% de los niños del sistema de cuidado alternativo residencial había pasado por un programa ambulatorio de protección antes de su última residencia.
[17] Como se mencionó anteriormente la cohorte se compone de 617 NNA migrantes, de los cuales el 26& (163 NNA) con de nacionalidad boliviana, el 24% (145 NNA) venezolana, y el 17% (105 NNA) colombiana.

Gráfico 9: Tiempo de permanencia en la última residencia, según tipo de atención (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SIS. N.º Estatus Dual =1155; N.º Atención Simultánea =57; N.º Total Cohorte Egresada=7972

Gráfico 10: Número de Residencias de protección a las que han ingresado los NNA según tipo de atención.



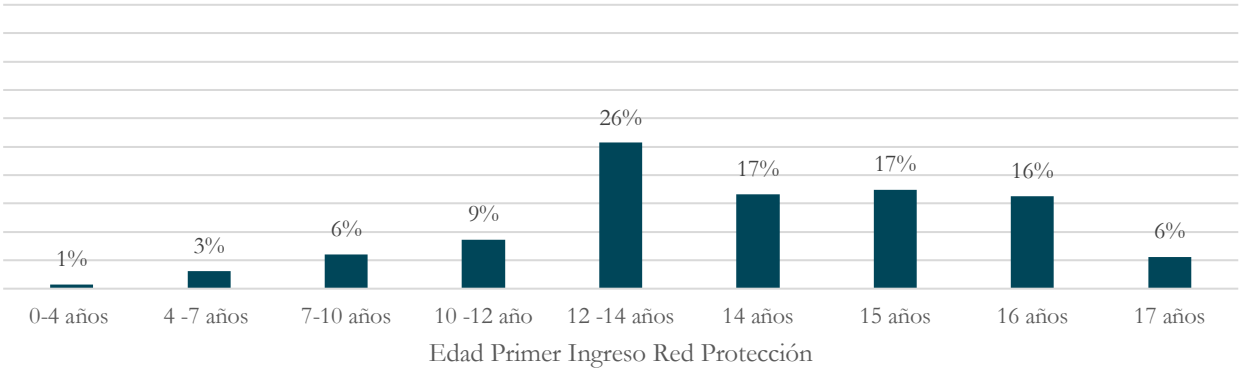
Fuente: Elaboración propia a partir de datos SIS. N.º Estatus Dual =1155; N.º Atención Simultánea =57; N.º Total Cohorte =7972

En el caso de los jóvenes con atención simultánea, si bien no es posible obtener la duración de su último ingreso pues son población vigente, se observa que, al igual que los jóvenes con estatus dual, poseen mayor número de entradas a programas residenciales, en comparación a aquellos jóvenes solo atendidos en el sistema de protección.

3.2.3 Edad Primer ingreso Sistema Protección

En cuanto a la edad del primer ingreso a la red de protección, los datos muestran que el 26% ingresó por primera vez al sistema de protección entre los 12 y 14 años, seguido por aquellos NNA que ingresaron a los 14 y 15 años, ambas categorías representando el 17% de los ingresos Gráfico 11).

Gráfico 11: Edad de los NNA de la cohorte en su primer ingreso a los servicios de protección (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SIS. Nº: 10.060

3.2.4 Contacto con el sistema de justicia juvenil

Tal como se mencionó anteriormente, el 11% (1.155 NNA) de la cohorte tuvo contacto con el sistema justicia juvenil, ya sea antes, durante o después de su egreso del sistema de protección. En efecto, el 8,1% (818 NNA) de la cohorte estuvo en algún programa de responsabilidad penal adolescente antes de ingresar a su última residencia de protección, y un 7,3% (734 NNA) ingresó a algún programa de responsabilidad penal adolescente después de ingresar a su última residencia de protección.

Respecto al involucramiento con el sistema de justicia juvenil, existen diferencias entre la población egresada y vigente. Como es de esperar, la población egresada presenta un mayor involucramiento en el sistema de justicia juvenil después de su último egreso en protección. Asimismo, la población egresada presenta también un mayor involucramiento en el sistema de justicia juvenil previo a su último ingreso a protección. Esto se condice con la disminución de la población general del sistema de justicia juvenil, la cual bajó de 11.544 adolescentes vigente en el 2016 a 8.968 adolescente vigente en el 2021 (Sename 2016; Sename 2021). La tabla 4 detalla toda la información antes presentada.

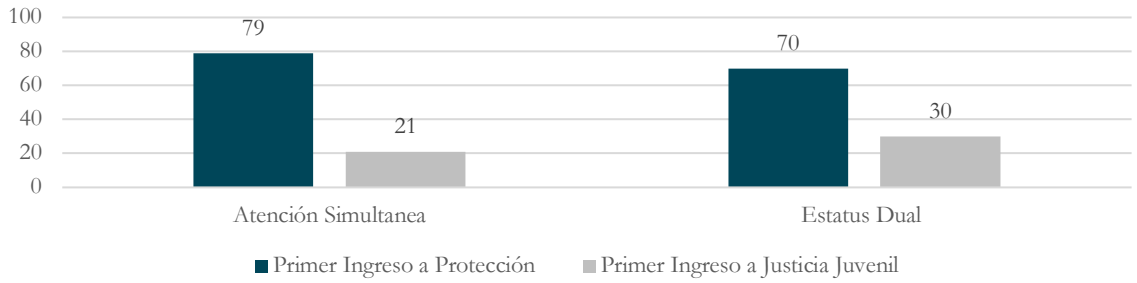
Tabla 4: Contacto con el sistema de justicia juvenil.

	Egresados	Vigentes	Total Cohorte
	(%)	(%)	(%)
Algún tipo de Contacto Con RPA (Antes, durante y/o después)	13.4	2.8	11.4
Programa RPA Antes	9.6	2.4	8.1
Programa RPA Después	8.5	2,6	7.3
Atención Simultánea	-	2,7	-

Sumado a eso, es posible observar que, de aquellos jóvenes con estatus dual y atención simultánea, el 70% y 79% respectivamente tuvieron su primer contacto con este tipo de

instituciones de atención a la infancia y a la adolescencia a partir del sistema de protección especializada, y el 30% y 21% respectivamente, fueron detectados por el Sistema a partir de los servicios de justicia juvenil. Es decir, la gran mayoría de los jóvenes que entran en contacto con ambos sistemas lo hacen primero con los sistemas de protección (ver gráfico 12).

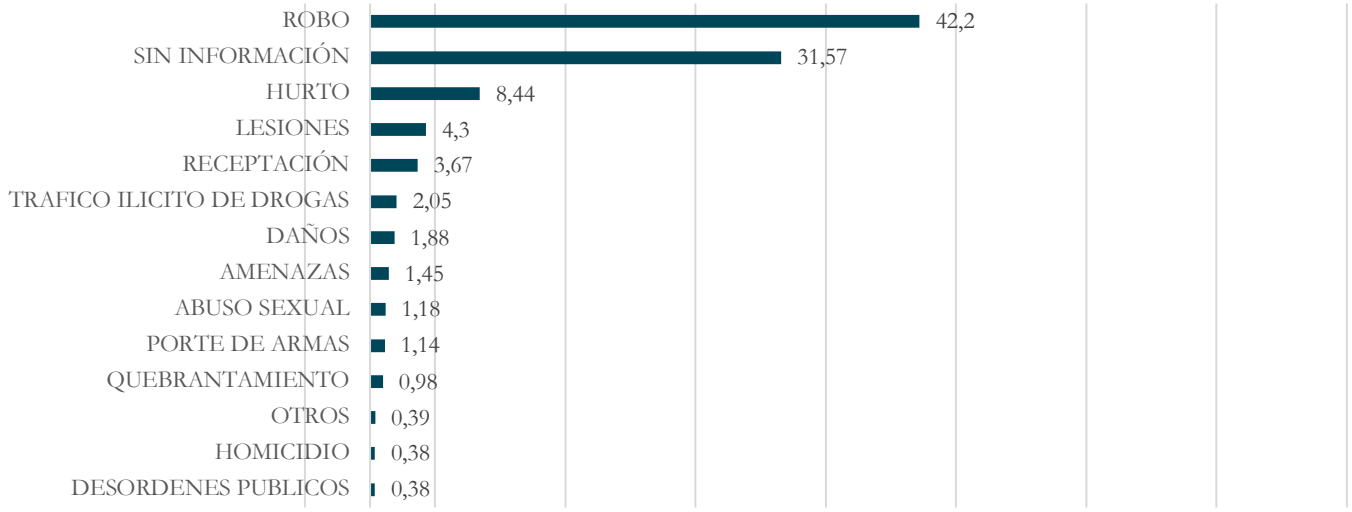
Gráfico 12: Institución que detecta por primera vez el caso, jóvenes con estatus dual y atención simultánea (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SIS y SENAINFO. N Estatus Dual: 1155; Atención Simultánea Nº 57

En cuanto a las causales de ingreso al sistema de justicia juvenil, lamentablemente la información de SENAINFO posee grandes vacíos de información. Para un 32% de los NNA con estatus dual no se posee información respecto a su causa de ingreso. A pesar de esto, se observa que un 42% de los NNA con estatus dual ingresó al sistema de justicia juvenil por delitos de robo, y un 8% por hurtos (ver gráfico 13). Respecto a los NNA con atención simultánea solo se posee información para 8 de los 57 NNA, por lo que dicha información no es incluida en el gráfico 13.

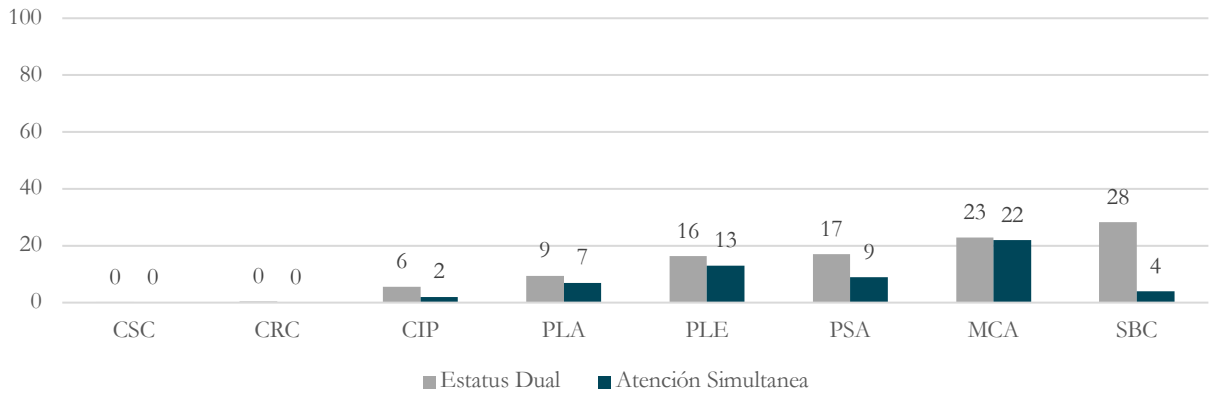
Gráfico 13: Causales de Ingreso al sistema de justicia juvenil de los NNA con estatus dual (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SenaInfo. Nº: 1155

En cuanto a los tipos de medidas y/o sanciones de los NNA con estatus dual y atención simultánea, el 28% de los jóvenes con estatus dual de la cohorte ingresaron al sistema de justicia a un Programa de Servicios en Beneficio de la Comunidad y de Reparación del Daño Causado (SBC), siendo esta la sanción más prevalente. En el caso de los NNA en atención simultánea la medida más prevalente es el Programa de Medidas Cautelares Ambulatorias (MCA) con un 22% de los casos (ver gráfico 14).

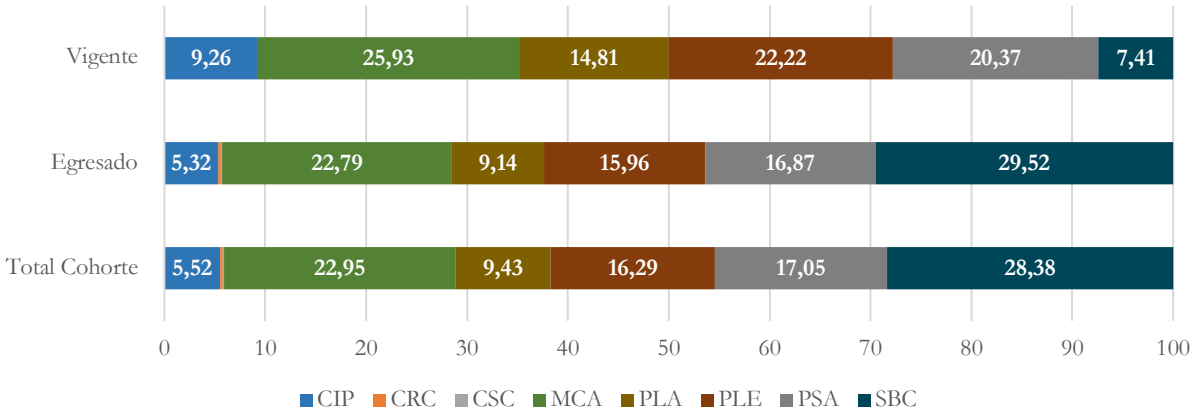
Gráfico 14: Medidas y Sanciones recibidas por los NNA con Estatus Dual y Atención Simultánea (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SenaInfo. Nº Estatus Dual: 1155 N atención simultánea 57

El uso de medidas y sanciones ha tenido variaciones a lo largo del periodo. En efecto, entre los jóvenes con estatus dual egresados la medida más prevalente es el Programa de Servicios en Beneficio de la Comunidad y de Reparación del Daño Causado (SBC), mientras para los vigentes es el Programa de Medidas Cautelares Ambulatorias (MCA) (ver gráfico 15).

Gráfico 15: Medidas y Sanciones recibidas por los NNA según vigencia en el sistema (%)

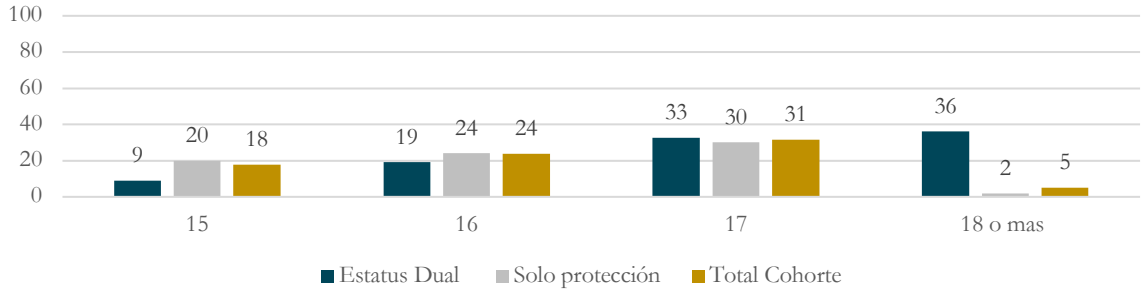


Fuente: Elaboración propia a partir de datos SENAINFO. Nº: 1155

3.2.5 Egresos sistema de protección

En cuanto a la edad de egreso, tal como muestra el gráfico 16, el 31% de los NNA egresados de la cohorte, egresaron a los 17 años de su último programa de la red de protección. En el caso de los NNA con estatus dual, su edad de egreso de la red de protección incrementa respecto a aquellos NNA solo atendidos en protección, con un 36% de los NNA con estatus dual egresando de la red de protección con 18 o más años (Ver gráfico 16).

Gráfico 16: Edad de egreso de la red de protección (%)

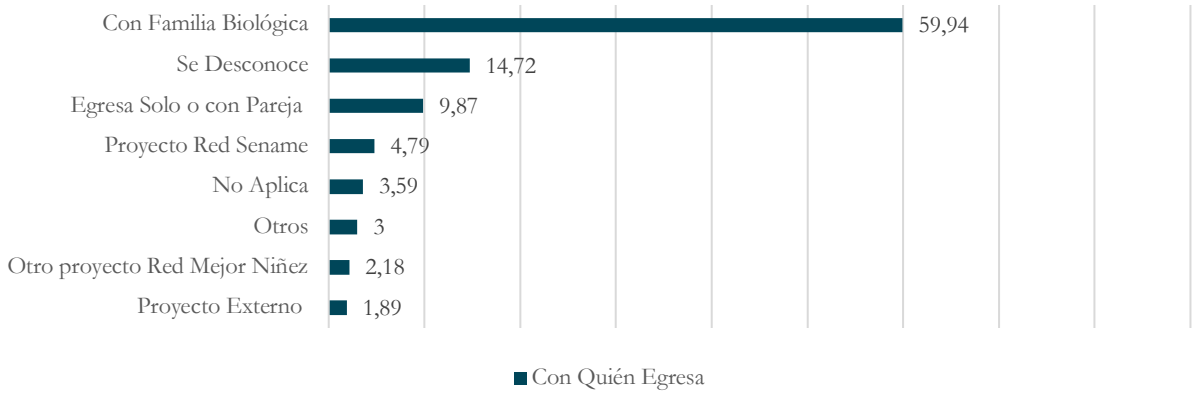


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SIS N= 8575

En cuanto a las causas de egreso, lamentablemente la información de esta variable es limitada y en alrededor del 58% de los casos se desconoce o no se especifica la causa de egreso[18]. En efecto el 40% de los casos posee la categoría "Tribunal Directa Egreso" como causa de egreso, y el 19% la categoría "Sin Información".

Respecto a los jóvenes que egresan de la red de protección y no ingresan a programas de la red de justicia, SIS almacena datos respecto a "con quién egresan" los NNA, lo que puede dar algunos indicios de lo que sucede inmediatamente al egreso. Entre los NNA egresados del sistema residencial en el periodo, el 60% se registra como egresados con su familia biológica, nuclear o extensa. Vale decir, es posible que se haya concretado una reunificación familiar, aunque sea temporalmente. Para el 15% se desconoce o no se posee información respecto a con quien egreso. Asimismo, un 9% egreso solo o con pareja, y un 4,8% ingresa a un programa de la red SENAME (ver gráfico 17).

Gráfico 17: Con quien egresan NNA del sistema de cuidado alternativo residencial (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SIS N= 8575

A pesar de que los jóvenes de la cohorte egresan mayoritariamente con la familia biológica, es posible preguntarse respecto de la sostenibilidad de esa reunificación. Como se señaló, un porcentaje no menor vuelve a ingresar a otros programas residenciales, y de quienes cumplieron mayoría de edad, se desconoce si esas reunificaciones fueron estables en el tiempo.

3.3 Historial de vulneraciones

3.3.1 Maltrato

Uno de los indicadores de vulneración disponibles en la base de datos de SIS es el indicador de Maltrato. Este indicador señala la presencia o ausencia de maltrato, según fue registrado en el ingreso del NNA. Lamentablemente al analizar la base se observaron discrepancias entre las causas de ingreso de los NNA y el indicador de maltrato. Algunos casos presentaban como causa de ingreso el maltrato físico y/o psicológico, sin embargo, no eran identificados con maltrato en la variable "Maltrato". En efecto tan solo el 15% de los NNA de la cohorte presentan experiencias de Maltrato, según la variable de SIS. Esto se repite para múltiples NNA de la cohorte bajo estudio, por ende no es viable analizar dicha variable.

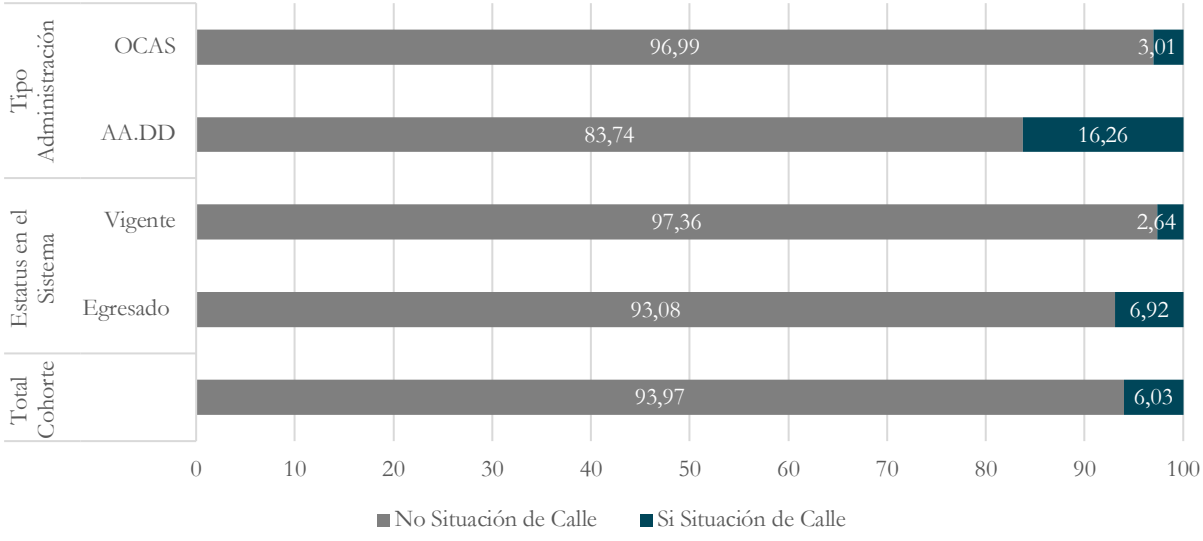
A pesar de lo anterior, al utilizar la causa de ingreso como indicador de presencia o ausencia de maltrato, como se presentó anteriormente, un 6% de los NNA de la cohorte ingresaron por Maltrato Fisco y un 2% por maltrato Psicológico. Sumado a esto, un 34% ingreso por Negligencia, lo que podría incluir experiencias de Maltrato.

3.3.2 Situación de Calle

Otro de los datos que SENAINFO reporta es si antes de ingresar al sistema residencial, los NNA habían estado en situación de calle. Estos datos presentan limitaciones pues un 6% (567) de la cohorte no registra información para la variable, lo que indica posibles sesgos en la variable y un sub-registro. No obstante, es posible observar que un 6% se reporta haber estado en situación de calle previo a su ultimo ingreso.

A nivel general, no se observan diferencias significativas a nivel de género ni edad, pero si se observa un mayor porcentaje de NNA que declaran haber estado en situación de calle previo a su ultimo ingreso al sistema de protección, entre aquellos NNA egresados. Asimismo, se observan diferencia a nivel del tipo de dependencia en la cual están insertos los NNA, siendo más prevalente la situación de calle entre aquellos NNA en residencias de administración directa (16,3%) en comparación a las OCAS (3%) (ver gráfico 18). Esto último podría hacer pensar que los NNA que ingresan al sistema de administración directa tiene experiencia de vulneración más profundas.

Gráfico 18: Prevalencia de la situación de calle, según estatus en el sistema y tipo de administración (%).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SIS N= 10060

Sumado a lo anterior, se observa que existe una mayor prevalencia de haber estado en situación de calle, previo al ingreso a la red de protección entre aquellos NNA con estatus dual. En efecto, mientras solo el 5% de los NNA de la cohorte que solo se han atendido en protección han estado

en situación de calle, esta cifra aumenta a 13% entre aquellos NNA con estatus dual. A su vez, no hay diferencias entre los jóvenes con atención simultánea.

3.4 Antecedentes Educacionales

Los datos observados para esta cohorte corroboran la información observada por otros estudios respecto de la exclusión, bajo acceso educacional y gran rezago escolar de los jóvenes en residencias de protección (Hogar de Cristo, 2017; Observa Derechos, 2014; SENAME, 2019b). La tabla 5 indica el último nivel educacional alzando por los NNA de la cohorte, según edad. A modo de comparación se presenta el nivel educacional alcanzado por la población general en cada tramo etario, utilizando como medida la última encuesta Casen disponible.

En el grupo de entre 14 y 15 años de la cohorte, uno de cada tres NNA (32.6%) no terminaron la educación básica, y 26.8% tiene su educación media incompleta. Contrastado con la distribución de la población general, la brecha es enorme. A partir de la CASEN 2017 se observa que los jóvenes chilenos en ese rango etario solo el 12% tiene su educación básica incompleta, y el 59% tiene su educación media incompleta.

Esta situación se replica entre aquellos jóvenes de entre 16 y 18 años. Para el 17% de estos, su último nivel educacional alcanzado fue la educación básica, en contraste con un 3% en la población general, y solo el 7% completó su educación media, en comparación a un 35% en la población general. Estos indicadores son relevantes, ya que confirma lo que observa la literatura internacional: el bajo nivel educacional de los jóvenes que pasan por los sistemas de cuidado, que luego impacta en su inserción laboral.

Tabla 5: Ultimo Nivel educacional alcanzando por la cohorte, según tramo de edad

	14-15 años		16-18 años		Total	
	Cohorte	CASEN 2017	Cohorte	CASEN 2017	Cohorte	CASEN 2017
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Básica Incompleta	32.6	12	11.5	3	25.0	30
Básica Completa	28.3	29	17.3	3	24.5	14
Media Incompleta	26.8	59	46.6	59	33.6	34
Media Completa	0.4	0	6.7	35	3.8	12
Sin información	12.0	-	17.8	-	13.1	-

Fuente: Elaboración propia a partir de la información de SENAINFO N=10060. Datos de población general obtenidos de CASEN 2017.

Al comparar los antecedentes educacionales de aquellos jóvenes con estatus dual, y atención simultánea las brechas se incrementan. Como se mencionó anteriormente, los jóvenes con estatuas dual se concentran en el grupo etario de 16 -18 años. Entre estos, mientras el 15% de los NNA atendidos solo en protección poseen como último nivel educacional su educación básica, esta cifra aumenta a 30% entre los jóvenes con estatus dual. En el caso de los jóvenes con atención simultánea esto se incrementa aún más, con un 32% de los jóvenes en atención

simultánea con su educación básica como su máximo nivel educación en el tramo etario 16-18 años. Asimismo, solo el 2 % y 3% de los jóvenes con estatus dual y atención simultánea respectivamente, completaron su educación media, en comparación a un 8% entre los jóvenes atendidos exclusivamente por el sistema de protección (ver tabla 6). Esta situación evidencia un mayor rezago escolar y bajo acceso educacional de la submuestra de jóvenes con estatus dual, en comparación a aquellos jóvenes sin contacto con el sistema de justicia juvenil.

Tabla 6: Último Nivel educacional alcanzando por la cohorte, según tipo de atención y tramo de edad

	14- 15				16- 18			
	Solo Atención en protección	Estatus Dual	Atención Simultánea	CASEN 2017	Solo Atención en protección	Estatus Dual	Atención Simultánea	CASEN 2017
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Básica Incompleta	31	35	21	12	10	20	25	3
Básica Completa	28	37	69	29	15	29	36	3
Media Incompleta	27	22	7	59	48	40	38	59
Media Completa	3	0	2	0	8	2	3	35
Sin información	11	6	1	0	0	9	0	0

Fuente: Elaboración propia a partir de la información de SENAINFO N=10059. Datos de población general obtenidos de CASEN

3.5 Antecedentes de Salud

3.5.1 Salud Mental

En cuanto a la prevalencia de problemas de salud mental, la base SIS presenta una variable que indica la presencia o ausencia de diagnósticos de salud mental. Del total de la cohorte, un 64% posee un diagnóstico de salud mental en su último ingreso. De aquellos con diagnósticos, el 64% presentan un diagnóstico psicológico, 30% un diagnóstico psicológico y psiquiátrico, y un 7% solo psiquiátrico.

Lamentablemente no es posible identificar los trastornos específicos más prevalentes pues la variable disponible (Tipo de Trastorno) presenta un 75% de casos sin información. Aun así, al analizar las categorías para el 25% de los casos que, si presentan información, se observan tipologías que no responden a tipos de trastornos tales como el consumo perjudicial de drogas. La falta de información confiable respecto a los problemas de salud mental de los NNA en el

sistema de protección y/o justicia juvenil es alarmante, y requiere de futuras investigaciones para identificar las necesidades de esta población.

En relación a la prevalencia de los problemas de salud mental a lo largo de la cohorte, no se registran diferencias significativas entre los NNA a nivel de género, edad, ni tipo de administración. Sin embargo, si se registran diferencias en la prevalencia de diagnósticos por salud mental entre la NNA egresados (63%) y los NNA vigentes (70%), siendo más prevalente entre la población vigente. Esto puede deberse a cambios en la forma de digitar la información en la base de datos. Por su parte, tampoco se presentan diferencias en la prevalencia de problemas de salud mental entre aquellos jóvenes que solo son atendidos en el sistema de protección y aquellos con estatus dual y/o atención simultánea.

3.5.2 Discapacidades

SIS también reporta información sobre la existencia de discapacidades en la cohorte, la cual es auto reportada por los equipos de los proyectos. Cabe destacar la base no cuenta con información para el 3% de los NNA, lo que implica que los análisis de esta variable pueden estar sesgados. Aun así, se observa que el 8% de los NNA de la cohorte presenta algún tipo de discapacidad. Entre las discapacidades más prevalentes se encuentra la deficiencia intelectual (73%), deficiencia visual (7%) otras deficiencias (6%)

En cuanto a la prevalencia de discapacidades en la cohorte, no se registran diferencias a nivel de género, edad, ni estado en el sistema. En cuanto a los casos con estatus dual y/o atención simultánea, no es posible realizar un análisis pues la gran mayoría de los casos con lo que no se cuenta información pertenecen a esta categoría[19].

3.5.3 Enfermedades Crónicas

Por su parte, un 4% (419 NNA) de la cohorte, presenta alguna enfermedad crónica, dentro de los cuales solo el 55% (226 NNA) recibe tratamiento. Lamentablemente no se dispone información sobre el tipo de enfermedades crónicas ni del tratamiento proporcionado. Siguiendo la tendencia de los problemas de salud mental, no se registran diferencias entre género, edades, estado dentro del sistema, ni tipo de atención.

3.5.4 Consumo de Droga

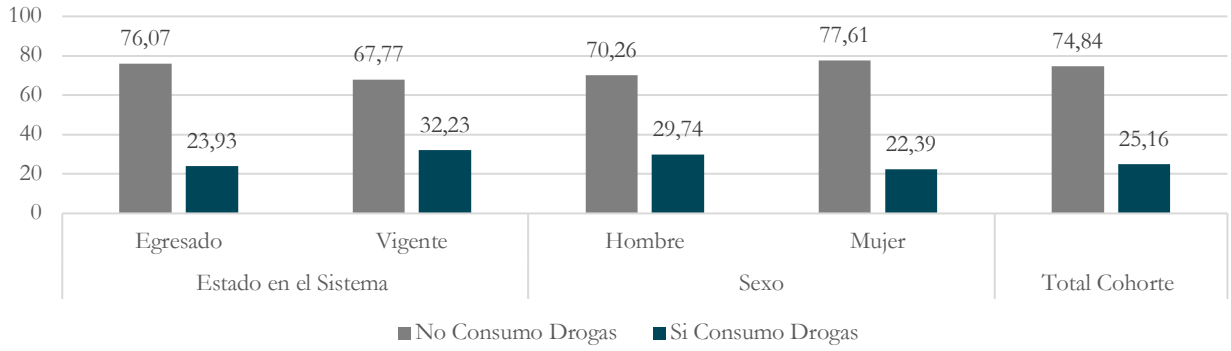
Finalmente, se presentan algunos datos respecto al consumo de drogas de los NNA de la cohorte. Cabe destacar que el único antecedente disponible es la impresión que tienen los interventores respecto a los NNA, la cual queda registrado en el SIS. Es decir, no se cuenta con información basada en test estandarizados para medir problemas de abuso/dependencia de sustancias, por lo que la información puede ser sesgada y de baja calidad.

Tomando en cuenta lo anterior, un 27% de la cohorte es consignado por el sistema SIS como con consumo ocasional y/o problemático de sustancias en su último ingreso a la red de

[19] En efecto no se cuenta con información sobre la presencia o ausencia de discapacidades para el 30% de los casos de estatus dual y para el 52% de los casos con atención simultánea.

protección. Al analizar cómo se distribuye esta variable en la cohorte, no se observan diferencias significativas en la prevalencia del consumo de drogas entre tipos de administración, sin embargo, se registra un aumento de 9 puntos porcentuales en la prevalencia de consumo de droga entre la población egresada y vigente de la cohorte, siendo esta mayor en la población vigente. Finalmente, en cuanto a la distribución por género, los hombres presentan un mayor porcentaje consumo de sustancias (30%), versus un 22% en la población femenina (Ver Gráfico 19).

Gráfico 19: Prevalencia del Consumo de droga según Estado en el Sistema y Género (%)

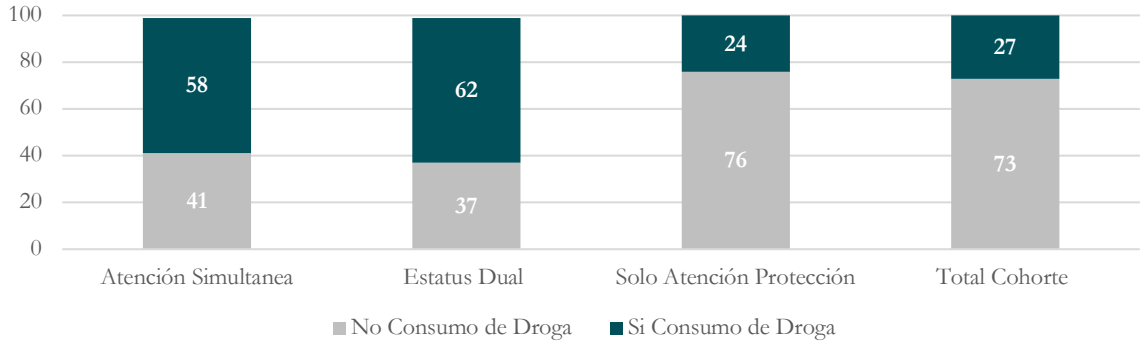


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SIS N= 10059

En cuanto al tratamiento por consumo de drogas, SIS posee una variable que indica si el NNA está inscrito en SENDA. De aquellos NNA de la cohorte identificados con consumo de drogas en su último ingreso, un 76% está inscrito en SENDA. Ahora bien, durante el trabajo en terreno de este estudio, el cual se presentará en el siguiente apartado, se observó que una de las grandes problemáticas destacada por los equipos en residencia es la dificultad para acceder a la oferta programática de SENDA, por lo que el estar inscrito no se traduce en que los NNA asistan efectivamente a tratamiento por su consumo de sustancias. Esto puede explicarse por falta de oferta y/o falta de disposición de los NNA en asistir al tratamiento.

En relación a la submuestra de jóvenes con estatus dual y atención simultánea, se observa una mayor prevalencia de consumo de sustancias. En efecto, el 62% de aquellos NNA con estatus dual presentan consumo de droga en su último ingreso, en comparación al 24% entre aquellos que solo han sido atendidos en el sistema de protección. Asimismo, entre aquellos que actualmente se encuentran en atención simultánea el 58% registra consumo de droga en su último ingreso al sistema de protección (ver gráfico 20).

Gráfico 20: Prevalencia del Consumo de droga según tipo de atención (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SIS N= 10060

4. Brechas del actual modelo de Residencias Familiares para adolescentes de Administración Directa (RFA)

El apartado que se presenta a continuación es el resultado del trabajo en terreno realizado en 5 residencias familiares para adolescentes de administración directa en Chile. En cada una de las residencias seleccionadas se realizaron visitas durante 4 días y horarios diferentes a fin de lograr captar de mejor manera las dinámicas internas de la vida residencial. Sumado a esto se realizaron entrevistas a profesionales de las residencias, adolescentes y un grupo focal en cada residencia con los equipos interventores.

En cuanto a la selección de las residencias, esta se realizó de manera conjunta con el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y UNICEF, contrapartes técnicas del estudio. Para la realización del terreno se visitaron las siguientes residencias: Macul (RM), Miguel Claro (RM), Villa Alemana (Valparaíso), Quillota (Valparaíso), Arica de hombres (Arica) (ver tabla 7).

Tabla 7: Resumen trabajo en terreno

Región	Residencia	Técnica de Recolección de Información
Región Metropolitana	RFA Macul	- Entrevistas a NNA (4) - Entrevista a Director(a) - Entrevista a EVF - Grupos Focales - Observación Participante
Región Metropolitana	RFA Miguel Claro	
Región de Valparaíso	RFA Villa Alemana	
Región de Valparaíso	RFA Quillota	
Región de Arica	RFA Arica	

Toda la información levantada en el trabajo en terreno fue analizada y triangulada. Los resultados del estudio cualitativo se presentan utilizando como marco los 4 ejes del modelo RFA, a saber (1) las residencias emocionalmente seguras, (2) acompañamiento terapéutico comunitario, (3) la vinculación familiar y preparación para la vida independiente, y (4) la vinculación con redes de protección. Para cada uno de estos, se discuten los aspectos positivos y las principales brechas o nudos críticos observados.

4.1 Residencias Emocionalmente Seguras

Tal como se describió en el apartado de antecedentes, una residencia emocionalmente segura es aquella capaz de crear espacios cotidianos que sostengan y respondan a las múltiples necesidades de desarrollo de los adolescentes atendidos/as, generando sentido de pertenencia, y anclaje (Departamento de Protección de Derechos Área de Diseño y Evaluación, Servicio Nacional de Menores, 2019). Considerando lo anterior, según los lineamientos del modelo, para lograr un ambiente emocionalmente seguro, una residencia debe (1) contar con estándares de infraestructura (2) instalar un ambiente familiar de cuidado, (3) instalar rutinas que permitan la estabilidad, (4) asegurar que todo el personal de trabajo cuente con las competencias necesarias para relacionarse positivamente con los/as adolescente, y (5) promover las relaciones positivas con el entorno.

El trabajo de campo de este estudio evidencia que en términos generales el modelo RFA es efectivo a la hora de instalar residencias emocionalmente seguras, sin embargo, hay ciertas barreras que dificultan el cumplimiento de este lineamiento.

4.1.1 Espacio Físico

"Dignificar el espacio de vida de los niños, niñas y adolescentes bajo cuidado estatal"

Uno de los elementos más mencionados, tanto por los/as profesionales como por los/as adolescentes atendidos a la hora de hablar sobre este nuevo modelo, es el cambio de infraestructura, respecto del modelo CREAD. A diferencia del modelo de institucionalización masiva, las nuevas residencias familiares para adolescentes son casas ubicadas en barrios residenciales y cercanas a servicios básicos, comercio y espacios de recreación, con buenas instalaciones, bastante cuidadas, las cuales buscan retratar la calidez y libertad de un hogar.

Los/as adolescentes entrevistados sostienen que estas nuevas residencias cambiaron el "ambiente carcelario" (Adolescentes RFA de mujeres) del modelo CREAD, y que, debido a esto, "hoy todos somos más libres acá dentro" (Adolescente Residencia RFA)". Por su parte los/as profesionales también comparten esta mirada, destacando como un gran avance, la transición desde un modelo "aversivo y restrictivo" (Profesional RFA) hacia uno de mayor cercanía. Bajo su mirada, el espacio físico en donde se instalan estas nuevas residencias habilita un trabajo mucho más contenedor, empático y seguro, pues permiten en sus palabras "relacionarse desde la cercanía". Al profundizar en este punto, uno de los profesionales comenta:

> "¿Cuál es la diferencia que yo veo entre el CREAD y la residencia familiar? Lo principal es la infraestructura y el espacio en donde los niños habitan. Lo que busca la residencia familiar es que el niño se sienta en un ambiente de casa, de familia, en una casa donde tú puedas tener tu pieza , donde puedas tener un entorno bonito, un comedor bonito donde

> todos almuerzan juntos, un espacio de estudio, un espacio donde no existan oficinas cerradas para los profesionales, sino que si un psicólogo te quiere intervenir, se pueda tirar de guata en el pasto a conversar contigo, y de esta forma sacar este estigma de que tú eres niño institucionalizado. Yo creo que es de los cambios más importante que se pudo hacer. El nuevo modelo dignificó el espacio de vida de los niños bajo cuidado del Estado" (Profesional RFA).

Este cambio en la infraestructura trae consigo diversos efectos, entre ellos, en primer lugar, la consolidación de cierto sentido de pertenencia desde los/as adolescentes hacia el espacio que habitan. En algunas de las residencias estudiadas, los equipos declaraban estar sorprendidos al ver el cuidado y preocupación de los/as adolescentes por los espacios de las residencias, catalogando estas prácticas de cuidado como una "auto regulación novedosa" (Encargado de vida familiar RFA) de los/as jóvenes. Desde la mirada de los adolescentes, muchos dicen disfrutar de este nuevo espacio residencial, y estar agradecidos de contar, para muchos por primera vez, con un lugar que sienten propio.

En segundo lugar, sumado al sentido de pertenencia, las características físicas del espacio y el limitado número de adolescentes por residencia que trae consigo este cambio en la infraestructura, ha permitido la promoción de la individualidad dentro del espacio residencial. Asimismo, ha promovido el respeto por la diversidad de formas de estar y habitar los espacios.

A diferencia del modelo anterior, hoy, la mayoría de los/as adolescente duermen en habitaciones individuales, o bien compartidas con una sola persona. Para muchos, esto ha sido una experiencia novedosa, y si bien en un comienzo generó temores en algunos/as jóvenes, con el paso del tiempo dichos espacios se resignificaron, y hoy son descritos como fundamentales para la identidad, seguridad y el sentido de pertenencia.

Es importante destacar lo clave que fue en las narrativas de los equipos y de los adolescentes la asimilación de estos nuevos espacios. La transición desde los CREAD a las RFA fue compleja, especialmente en lo que se refiere a la generación de sentido de pertenencia e individuación. En este ámbito, el manejo de los objetos y espacios privados fue un proceso de aprendizaje y un desafío. Hay relatos que señalan cómo algunos adolescentes comenzaron a acumular comida y útiles de aseo personal, los que mantuvieron por largo tiempo en sus dormitorios (y en algunos casos aún se mantiene). También se evidenció un cuidado receloso de sus pertenencias y una ausencia de límites en cuanto al respeto de los objetos y espacios del resto. Asimismo, los equipos con sorpresa observaron dificultades de cómo las y los adolescentes enfrentaron un proceso de individuación y el manejar espacios de soledad, donde hubo un tránsito hacia la pérdida del sentido de lo colectivo. Varios de los adolescentes estaban acostumbrados a ser *uno más* y a compartir espacios con muchos jóvenes para dormir, donde las angustias se disipaban. El proceso de dormir sólo/a o con poca compañía, por ejemplo, desató terrores nocturnos, e incluso en una residencia relevaron que los adolescentes se infantilizaron teniendo que ser acompañados por los profesionales a la hora de acostarse:

> "La transición al espacio personal fue difícil para las chiquillas, muchas de ellas lloraban en las noches, las sentíamos llorar en sus piezas, era un llanto de sentir pertenencia en un espacio, de sentir que algo es tuyo. Incluso escuchamos frases que nunca habíamos pensado que íbamos a escuchar como: "prefiero volver al Cread que estar acá", estábamos mucho mejor allá. Vivimos esas crisis con ellas que fueron los primeros meses. Nosotros llegamos a la conclusión que esto fue una crisis por estar solas por primera vez, por dormir solas. Muchas tenían temores nocturnos. Incluso el turno de noche, cuando recién llegaron, tuvo que empezar a hacerlas dormir. Tuvimos que volver a esa infancia, y contarles cuentos, acompañarlas a dormir, hacerles cariño en el pelo para que se durmieran" (Grupo Focal equipo RFA.).

Por otra parte, en las visitas a terreno se observó que los espacios comunes se ocupan poco, lo que también se puede deber a que era época de vacaciones, por lo que había más espacios para levantarse tarde o dormir siestas. Podríamos decir que en las residencias de hombres se notaba un mayor movimiento en estos espacios, lo que se debía a la instalación de consolas y máquinas de ejercicios en los espacios comunes.

A pesar de los anterior, desde una perspectiva más global, los equipos interventores sostienen que la disposición del espacio físico en este nuevo modelo residencial ha tenido efectos importantes en el proceso de individualización de los/as jóvenes, permitiéndoles configurar, quizás por primera vez en sus vidas, una noción de sí mismos. Tal como indica uno de los/as directores/as entrevistados/as.

> "Estando acá [los/as adolescentes] empezaron a resignificar sus emociones, ellas empezaron a darle un nombre a una emoción, un sentido, una individualización de lo que sentían, de lo que pensaban. Acá ellas lograron sentarse en un círculo y conversar y dialogar con la otra. Lograron conocerse, conocerse entre ellas y a ellas mismas. Aprendieron a saber cuándo necesitan estar solas, cuando deben buscar sus espacios personales, y eso yo creo se debe, entre otras, a que es un espacio pequeño" (Profesional RFA).

En las visitas en terreno fue posible observar que efectivamente las habitaciones son el espacio de mayor significancia para los/adolescentes, quienes intervienen el espacio con fotos o posters acorde a sus gustos. Por el contrario, los espacios comunes tienen una decoración neutra y son habitados en mayor medida por los profesionales, quienes parecieran tener mayor sentido de pertenencia con dichos espacios, en comparación con los/as propios adolescentes.

En este ámbito, en algunas residencias, llamó la atención el desuso de algunas áreas comunes, donde la arquitectura además no facilita espacios de encuentro. En varias de las residencias estudiadas el diseño de los espacios mantiene una separación muy profunda entre las oficinas de los profesionales (duplas psicosociales, terapeutas ocupacionales, director/a) y los adolescentes,

lo cual de cierta manera podría afectar las dinámicas de convivencia y obstaculizar encuentros que podrían propiciar instancias de socialización e incluso intervenciones terapéuticas en contextos no clínicos. Esto es más evidente en algunas residencias que en otras, donde los profesionales se mantienen la mayor parte del tiempo en sus oficinas y los jóvenes en los dormitorios, a pesar de que existen varias áreas comunes y de recreación.

Por lo tanto, si bien en los casos estudiados existe efectivamente una mayor dignidad, adecuación a las individualidades y cuidados de los espacios, también es importante mencionar que las actividades comunes o el ocupar espacios compartidos no fue algo que se vio con frecuencia. Así como también, destacar que existe una separación física importante entre la casa y los espacios de trabajo de los y las profesionales; lo que podría también repercutir en la relación que existe entre los adolescentes y algunos profesionales de la residencia.

4.1.2 Ambiente familiar de cuidado: Rutinas y relaciones interpersonales.

Uno de los principales objetivos del modelo RFA es lograr generar un ambiente familiar de cuidado. Para esto, los principales elementos son (1) las rutinas cotidianas y (2) las relaciones interpersonales.

A partir del terreno, se puede observar que si bien hay un esfuerzo significativo por fomentar rutinas y relaciones que generen un ambiente familiar de cuidado, existen varias piedras de tope. En relación a las rutinas y actividades cotidianas, uno de los hallazgos del trabajo de campo fue evidenciar la ausencia casi absoluta de actividades dentro de las residencias. Antes de profundizar en este punto, cabe destacar que todo el trabajo de campo de este estudio se realizó durante la época de vacaciones de verano, y, por ende, los/as adolescentes no asistían al colegio y pasaban todo el día en la residencia. Fuera de algún paseo esporádico a la playa (en las residencias de la región de Arica, y de Valparaíso) o a algún parque de diversiones, en las residencias de la Región Metropolitana, la vida cotidiana se vio más bien estática.

Así mismo, también se encontraron realidades disímiles entre las residencias, respecto a las rutinas y normas a la de hora de levantarse, tomar desayuno y acostarse, lo que impacta en el ordenamiento de la rutina general de la residencia. A nivel del modelo, no hay lineamentos respecto a estas rutinas o reglamentos de horarios, sino que cada residencia desarrolla prácticas distintas. En algunas, de manera conjunta los equipos y los/as adolescentes han establecido horarios para desayunar, almorzar, cenar y acostarse, mientras que, en otras, estos horarios no existen o son flexibles. Sobre este punto, los equipos sostienen que durante el año escolar es más fácil generar rutinas establecidas, pues el día se estructura en torno a la escuela. Sin embargo, durante los fines de semana o períodos de vacaciones, consolidar rutinas se vuelve más complejo. En el período de vacaciones, si bien algunos utilizan los espacios comunes (cuarto de estar o patios) o salen de la residencia, la mayoría pasa gran parte del día durmiendo o con sus celulares en sus habitaciones, y muchas de las instalaciones con que las residencias cuentan tales como piscinas, máquinas para hacer ejerció o bicicletas, no son utilizadas.

Al preguntar sobre la falta de actividades y de rutinas estructuradas dentro de las residencias, los equipos interventores identifican principalmente dos obstaculizadores. Por un lado, sostienen que las rutinas dependen en gran medida del estado de ánimo de los/as adolescentes, lo cual muchas veces no contribuye a generar actividades constantes. Muchos de los/as adolescentes están con consumo de drogas, y usan las residencias más que nada como un espacio para dormir y comer. Otros, atraviesan procesos psicológicos complejos y prefieren retraerse, limitando sus interacciones. Sumado a esto, el aislarse, si no es el grupo de referencia, es un comportamiento habitual en la adolescencia, más cuando no existen estímulos de interés, ni propuesta programática que "deba" cumplirse.

Por otro lado, los equipos reconocen que la falta de actividades y rutinas se debe a que la vida diaria dentro de las residencias esta atravesada por múltiples contingencias. Debido a las características de los/ adolescentes, los equipos destinan gran parte del día a atender y contener descompensaciones y/o crisis de los/as jóvenes, lo que dificulta realizar actividades grupales o extraprogramáticas. Si bien los profesionales reconocen que esta situación es un nudo crítico, pues las rutinas son un elemento importante para la estabilización de los/as jóvenes, declaran estar atados de manos debido a la complejidad que deben manejar dentro de las residencias. En este sentido, podemos mencionar que, durante la visita a las residencias, hubo varias contingencias, como la salida de adolescentes de la residencia no autorizadas, crisis y descompensaciones de las y los adolescentes (lo que fue reportado por los equipos de las RFA), y tensiones entre adolescentes o con los profesionales.

El segundo elemento para la consolidación de un ambiente familiar de cuidado son las relaciones interpersonales. Sobre este punto, de manera transversal los/as adolescentes entrevistados sostienen que, en general, las relaciones con los equipos son buenas, ancladas sobre el respeto y el cariño. Los/as jóvenes son enfáticos al destacar la preocupación, la cercanía y afecto de los/as profesionales, especialmente con los/as EVF y tutores/as. En algunos casos, para quienes transitaron desde el modelo CREAD, evidencian las diferencias en el trato. Por su parte, si bien los/as profesionales concuerdan con los/as adolescentes en que a nivel general las relaciones son positivas, reconocen que estas son bastante cambiantes, y que los/as adolescentes están constantemente tensionando los vínculos con la finalidad de probar la incondicionalidad de los/as profesionales. En este sentido, las relaciones vinculares son fluctuantes, tal como menciona un tutor/a;

> "El vínculo que forman las adolescentes es siempre ganancial, y por ende es ambivalente. Un día pueden amarte, con toda su vida quererte, y al día siguiente te la pueden hacer bien grande. Te pueden denunciar, te pueden acusar, pueden mentir. Y eso es por el daño que ellas tienen, por las carencias emocionales. Por lo tanto, uno tiene que tener esa claridad para que el día de mañana no te juegue en contra, porque en el fondo no es personal. Las niñas están estructuradas de esa manera lamentablemente" (Tutor/a RFA).

Además, en algunos casos de mayor complejidad o donde hay irritabilidad debido al consumo problemático de drogas, los/as profesionales reconocen que existen comportamientos hostiles y violentos desde los/as adolescentes hacia los equipos. Tal como relata un tutor/a;

> "(…) yo he vivido situaciones en las que he tenido esguinces cervicales graves, yo he perdido 4 pares de lentes, he sido golpeada, casi tuve fractura de costilla, me intentaron matar en alguna momento en una situación caótica que tuvimos acá que nos encerraron en un baño de la oficina y nos tiraron un extintor abierto encendido y nos encerraron, nos sacó carabineros, hace un mes atrás una joven vino y se descompensó de tal forma que nos pateó, nos golpeó, recibimos combos y a mí me llegó un cuchillo a un metro, entonces estamos expuestas a esas situaciones críticas"(Tutor/a RFA)

En cuanto a la relación vincular entre adolescentes, el escenario es algo distinto. Si bien algunos declaran tener amistades dentro de la residencia, y durante el día se movilizan en grupos, persiste dentro de la residencia una sensación de distancia y desconfianza. La mayoría de los adolescentes se describen a sí mismos como solitarios, y reacios a formar amistades y vínculos con sus pares. Para muchos, los/as otros/as adolescentes de las residencias son simplemente personas con las cuales viven, y salvo excepciones, en general no son vistos como figuras de protección y/o acompañamiento, ni de confianza.

Una de las razones entregadas por los/as adolescentes, respecto a por qué se genera esta distancia, es que la vida cotidiana dentro de la residencia esta atravesada por múltiples discusiones, peleas, y tensiones, y a fin de evitar involucrarse en los problemas del resto, muchos/as jóvenes prefieren aislarse. Tal como relatan los siguientes adolescentes:

> "Yo no tengo amistades acá, no me gusta, pero me llevo normal con todas, si ellas no se meten conmigo yo no me involucro. Ellas muchas veces pelean o gritan o se dicen cosas, pero no me meto, yo prefiero estar conmigo mismas nomas, y cuando se ponen a gritar me voy a mi pieza y me quedo ahí". (Adolescente, RFA mujeres).

> "¿Qué cosas no te gustan de las residencias? Los niños porque por todo pelean. […] Yo los ignoro, los ignoro a todos, porque son conflictivos, todos los días discuten por una cosa o por otro, y yo me agobio así que prefiero salir de la casa y distraerme" (Adolescente, RFA de hombres).

Otro aspecto a destacar en este ámbito es que se evidencia una variación en la presencia de adolescentes en las residencias, esto según los relatos, ya sea por abandono o cambio de situación judicial en el caso de los adolescentes que se encuentran cumpliendo una medida o sanción en SENAME, lo que va complejizando crear, sostener y proyectar relaciones de mayor intimidad entre ellos y ellas. Asimismo, se observan ciertos liderazgos negativos, que alteran la dinámica de las residencias e incluso situaciones de control de algunos adolescentes sobre otros.

En las visitas a las residencias, fue posible observar que, a pesar de que el trato entre profesionales y adolescentes es por lo general respetuoso y afectuoso, el entorno emocional es sumamente intenso. Durante el día hay música fuerte sonando, hay gritos, garabatos, descompensaciones, y un sinfín de situaciones paralelas que van generando un ambiente de mucha agitación. Debido a esto, generar un ambiente familiar de cuidado es complejo y muy desafiante, principalmente, ya que la cotidianeidad dentro de las residencias es sumamente impredecible.

4.1.3 Equipos de trabajo

Otra de las transformaciones importantes respecto al Modelo CREAD, es el perfil del equipo interventor. El nuevo Modelo RFA potencia la profesionalización del equipo residencial, lo que es visto por los funcionarios/as como un elemento destacable, pues hoy los equipos cuentan con más competencias y herramientas para acompañar a los/adolescentes.

De acuerdo a los equipos, la profesionalización del cargo, y los lineamientos respecto a cómo este debe ejecutarse en el marco de una residencia emocionalmente segura, ha tenido efectos positivos sobre el proceso de vinculación de los/as adolescentes con la figura de un adulto significativo. Tal como se mencionó en el apartado anterior, desde la mirada de los adolescentes que transitaron del modelo CREAD al modelo RFA, el entorno y forma de relacionarse dentro de esta nueva residencia les ha permitido generar lazos de confianza con los equipos, identificando a alguno de los profesionales como figuras de cariño, apoyo, contención e incondicionalidad.

"Estamos resistiendo a costa de nuestra salud física y mental" (Psicólogo/a RFA)

Si bien la nueva composición de los equipos de trabajo es destacada como algo positivo del modelo RFA, de manera transversal los/as funcionarios sostienen que esta profesionalización de los cargos tendrá pocos efectos prácticos a largo plazo, si no se atiende el desgaste y agostamiento de los y las profesionales.

Al describir su labor, los funcionarios destacan que es un trabajo sumamente complicado, pues realizan labores de contención emocional, donde las responsabilidades y limites no están claramente delineadas, y donde muchas veces su propia integridad física y mental es puesta en jaque.

El día a día dentro de las residencias está lleno de situaciones de tensión, angustia y/o violencia; y los equipos, como los adultos responsables del bienestar de los/as adolescentes, son quienes deben brindar la contención y sostener estas situaciones.

Debido a las características que marcan las trayectorias de vida y de institucionalización de los/as adolescentes atendidos en el sistema, de manera cotidiana los equipos se ven expuestos a problemas de salud mental como descompensaciones o intentos de suicidio, a situaciones relacionadas con droga, ya sea ingreso de droga a las residencias, sobredosis o bien a situaciones

de riesgo relacionadas al narcotráfico y/o a las armas. En el caso de las residencias de mujeres, donde la explotación sexual infantil ha emergido como una dimensión de conflicto, donde los equipos se ven enfrentados a un complejo escenario, en tanto, deben intervenir para intentar interrumpir este tipo de vulneraciones, trabajando con las adolescentes víctimas, además del temor de lidiar con situaciones de riesgo con proxenetas. Asimismo, ante situaciones de estrés o tensión, muchos adolescentes tienen respuestas agresivas y violentas, lo que ha desencadenado episodios de agresiones físicas hacia los profesionales. Sobre este punto, una encargada de vida familiar sostiene que:

> "Lo que más falta en la residencia es capacitación y políticas de autocuidado para los funcionarios. Nosotros queremos una instancia donde realmente seamos escuchados y donde realmente se vean cambios. Yo de verdad necesito que en esta residencia vengan e intervengan en cuanto a lo que es el clima laboral, porque si no, nos vamos a derrumbar todos. Acá hay mucha gente comprometida con la infancia más vulnerada, pero necesitamos más herramientas (…). A veces yo siento que estamos en una situación de abandono. Es super chocante para mí llegar a un turno y que me digan que no viene nadie. Vinimos dos personas al turno, pero mi otra compañera se fue al hospital a acompañar a una niña que estaba con crisis. Entonces yo llegué acá y me tuve que quedar sola. O sea, dar almuerzo sola, sabiendo que las niñas en ese horario hay que despertarlas. Más encima no tenía Tens que diera los medicamentos. Y no se trata de decir que no soy capaz, yo sé que soy capaz. Pero, qué pasa si las niñas hubiesen despertado mal o con alguna desregulación. Qué hago yo con unas niñas que se ponen a pelear de repente, que se agarran del moño y pueden llegar a matarse. O con descompensaciones mayores, nosotros tenemos niñas que se cortan, niñas que han intentado suicidarse acá dentro de la residencia. Tengo compañeras que han tenido que descolgar niñas y están trabajando sin licencia al día siguiente ¿Dónde está el servicio? Leen los reportes, ¿han venido? ¿Chiquillas, cómo están? ¿Cómo fue descolgar a esta niña?" (Encargada/o de Vida Familiar, RFA).

Debido a que las responsabilidades y límites de la función de los equipos es laxa, los/as profesionales se ven enfrentados a la constante disyuntiva entre cómo proteger y ayudar a los/as adolescentes y no exponer su propia integridad física y psicológica. Según los profesionales su labor requiere ofrecer mucho más de lo que los lineamientos del modelo detallan, y lamentablemente el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia no ha propiciado las herramientas para proteger y cuidar a sus funcionarios/as, comentan los funcionarios en sus relatos.

De acuerdo a los interventores, la extenuante carga laboral sumada a la poca o nula preocupación del Servicio ha generado un desgaste profundo de los equipos, lo que se traduce en (1) un aumento en el número de licencias solicitadas por los profesionales y (2) una sensación de hastió y desencanto con la labor, la cual genera tensiones dentro de las residencias.

En relación a las licencias médicas, el sistema de cuidado alternativo ha experimentado un aumento sustantivo del número de licencias solicitadas por los funcionarios, principalmente por temas de salud mental, desgaste, o episodios de estrés agudos propiciados por la exposición a situaciones de violencia física y/o emocional. Este fenómeno es descrito por los/as funcionarios como un gran nudo crítico, que afecta la cotidianeidad dentro de las residencias en dos niveles.

En primer lugar, intensifica el desgaste y agotamiento de los equipos, pues deben operar con menos profesionales, aumentando la carga laboral de los que no están con licencia. Si bien existen sistemas de remplazos, los funcionarios comentan que estos son poco fiables, ya que o bien el Servicio demora mucho en asignar al nuevo personal o bien este no se presenta. Independiente de la razón muchas veces las residencias operan con menos personal del necesario lo que expone a funcionarios/as y adolescentes a potenciales situaciones vulneradoras.

En segundo lugar, la constante rotación de profesionales genera problemas en los propios adolescentes, debido a que ven interrumpido sus procesos de vinculación e intervención. Según los equipos, dicha interrupción es resentida por los/as adolescentes, y se manifiesta en mayores episodios de descompensación, y/o agresividad.

Sumado al aumento de las licencias médicas, el desgaste y agotamiento de los equipos, ha comenzado a generar una sensación de hastío y desmotivación entre los profesionales, quienes declaran sentirse frustrados con su labor y con el Servicio. Según los funcionarios/as, este disgusto no solo repercute en su vida personal y profesional, sino que merma el ambiente dentro de las residencias, lo cual es percibido por los/as adolescentes. Tal como indica una profesional:

> "Nosotras no estamos bien, tenemos un grupo que está con licencia y tenemos otro grupo resistiendo. Estamos mal. ¿Qué espero del servicio? Casi nada, porque la experiencia me ha enseñado que no harán mucho. De todas formas yo le he planteado a mi Jefatura que intervengamos la residencia con otros recursos, por ejemplo, como la ACHS. Que traigamos psicólogos, traigamos terapeuta, algo para atender a los profesionales. Algo tenemos que hacer porque en un año más no lo vamos a soportar, ningún equipo va a resistir más ¿Qué es lo más importante? El bienestar de las niñas, pero la cosa es que esto repercute en las niñas y las niñas lo saben, las niñas saben que estamos mal, que estamos cansadas, las niñas saben todo, son súper perceptivas" (Profesional RFA).

En este mismo sentido, fue posible observar cómo estos conflictos laborales se traspasan a los adolescentes, quienes forman bandos a favor o en contra de ciertos profesionales. Esto redunda en desconfianzas e incluso amenazas de los/as adolescentes a los profesionales con acusar a los profesionales para dar inicio a sumarios. Esto genera un desequilibrio de poder entre profesionales y adolescentes complejos, lo cual afecta el manejo de la disciplina dentro de las residencias.

Todos los equipos entrevistados enfatizan el profundo desgaste de los profesionales, y como esto dificulta cualquier trabajo a realizar en el contexto residencial. Su visión es que el Servicio olvida que los equipos son "la columna vertebral" (psicólogo/a RFA) del modelo, y que si estos están dañados, es imposible garantizar la protección de los adolescentes atendidos en el sistema.

"Necesitamos un sistema de cuidado y contención para los profesionales"

Si bien desde la alta dirección del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia se reconoce que la labor de los interventores es extenuante, por los dichos de los funcionarios/as, no se han implementado sistemas de acompañamiento que ayuden y/o protejan a los profesionales. Al respecto, los equipos levantan dos grandes necesidades; por un lado, sostienen que faltan capacitaciones para los nuevos profesionales quienes muchas veces se integran a los equipos sin mayor experiencia, y por el otro, solicitan sistemas de apoyo psicológico o autoayuda para los equipos ya en operación.

Sobre este último punto, los funcionarios/as critican que no existen espacios, tiempos, ni recursos para generar instancias de autocuidado que promuevan el bienestar de los/as funcionarios. Debido a esto, urge el desarrollo de una política de cuidado que establezca mecanismos para esto. Entre las propuestas de los equipos destaca la implementación de sesiones periódicas de autocuidado, donde los equipos puedan conversar, desahogarse y compartir sus experiencias. Sumado a esto se solicita el acceso a atención psicológica, que permita atender las situaciones que viven los funcionarios, antes de requerir una licencia médica. Así, la formalización de prácticas de autocuidado para funcionarios emerge como un nudo crítico del actual modelo RFA.

"Es casi imposible modificar ciertas prácticas: el sistema está viciado"

Un segundo nudo critico en relación a los equipos de trabajo, refiere a la dificultad de modificar la cultura laboral y erradicar practicas vulneradoras y/o abusivas. Si bien, el cambio de modelo implicó transformaciones sustanciales en el trato y la forma de relacionarse entre funcionarios/as y adolescentes, los propios equipos reconocen que muchas veces el cambio de cultura laboral se ha visto entorpecido debido a que muchos profesionales perpetúan practicas arraigadas.

Al abordar los mecanismos que el Sistema posee para remover dichas prácticas, todos los equipos llegan a la misma conclusión: "el sistema está viciado", pues no existen mecanismos vinculantes de evaluación, que permitan identificar las malas prácticas y desvincular a dichos profesionales, sino que los procesos evaluativos, terminan siendo trámites que no generan cambios reales. Tal como indica un profesional:

> "A nivel de recursos humanos no hay procesos vinculantes de evaluación donde si se identifica que un funcionario está implementando mal el plan de intervención, o tiene practicas vulneradoras, esto tengas consecuencias, que se logre una desvinculación. Hoy las evaluaciones son casi un chiste. Hay gente que sabe que vienen los procesos de

evaluación y se piden licencias dos meses antes para no ser evaluados y esa gente se mantiene en el sistema. Esta falta de rigor genera en los otros funcionarios desmotivación y mucha frustración" (Profesional RFA).

Asimismo, varios de los profesionales vienen de largas experiencias previas en CREAD, lo cual complejiza la incorporación de nuevos paradigmas. Al explorar con los equipos posibilidades de mejoras en su labor, varios refieren la incorporación de un modelo más restrictivo como el de los centros cerrados de RPA o modelos de salud mental. La complejidad en la relación y trato con los adolescentes se la atribuyen en general a factores estáticos de los propios jóvenes, como problemas conductuales o trastornos mentales. No se observa un enfoque reflexivo respecto de sus propias prácticas o miradas respecto de la población que atienden, la atribución es a elementos externos que según sus propias narrativas son prácticamente imposibles de manejar, más aún cuando ellos se auto perciben como sobrepasados y al límite de sus capacidades.

4.1.4 Reglas y disciplina dentro del espacio residencial

"Un espacio donde ellos siempre puedan llegar"

Según la visión de los equipos, un elemento central que busca potenciar el modelo RFA para asegurar la consolidación de una residencia emocionalmente segura es la noción de incondicionalidad. A fin de suplir las pérdidas afectivas que han regido la trayectoria de vida de muchos de los/as adolescente atendidos en el sistema, el modelo busca entregar a los/as adolescentes un espacio seguro en donde siempre serán recibidos y cuidados. Este ideal de incondicionalidad viene a remplazar la mentalidad imperante en el modelo CREAD donde, según los funcionarios, imperaba la rigidez y la normatividad. Por el contrario, en este nuevo modelo, busca ser más constructivo y flexible.

Desde la mirada de los equipos, si bien reconocen que la incondicionalidad es una carencia central de los/as adolescentes, y por ende, algo central a trabajar, sostienen que esta puede llegar a ser "*un arma de doble filo"*[20], pues dificulta la implementación de reglas internas o normas de convivencia. Muchas veces el objetivo de reforzar en los/as adolescentes la noción de que éste es un hogar estable para ellos/as, impide poner reglas básicas, como horarios para las comidas, ingresos y salidas, o normas respecto al trato.

En las visitas en terreno se observó, en algunos casos la carencia de normas, situación que entorpece el proceso de intervención, pues la residencia se transforma en un espacio donde las acciones disruptivas o hasta violentas no tienen consecuencias, lo que repercute negativamente en los adolescentes y el ambiente se torna cambiante e impredecible.

[20] Cita en Grupo Focal en una RFA.

Ante esta situación, en algunas residencias, los mismos jóvenes han intentado crear normas internas de convivencia, las cuales debido a que no están claramente protocolizadas han generado tensiones. Por ejemplo, en una de las residencias visitadas, un grupo de adolescentes comenzó a molestarse, ya que algunos/as jóvenes utilizaban la residencia "como un hostal" entrando y saliendo sin permiso, muchas veces con consumo. Ante esta situación, colectivamente crearon un "protocolo de entrada y salida", y en una de estas instancias barricaron la puerta de la residencia para evitar que un/a adolescente que había salido sin autorización a consumir ingresara nuevamente, lo que generó un conflicto mayor con los equipos que están mandatados a permitir el ingreso. Situaciones como estas, son resentidas por algunos adolescentes, quienes perciben que dentro de la residencia no hay orden, y que los comportamientos inadecuados no tienen consecuencias.

Similar a la situación descrita anteriormente, tanto los funcionarios como algunos adolescentes, mencionan que los episodios de agresiones físicas de adolescentes hacia funcionarios/as tampoco generan mayores consecuencias, sino que por el contrario, estas terminan por normalizarse. Sobre esto punto un/a adolescente relata:

> "Hay una tía que se fue de aquí porque quedó traumada, es raro que las tías digan que están bien, sabiendo que las personas no se sienten bien cuando las golpean. Para mi escucharla decir que estaba bien cuando le pegaron es como sentir a mi mamá, porque ella también decía que estaba bien cuando mi papá le pegaba. Es raro que las tías digan eso y hagan como si no pasa nada, porque nosotros vemos a las tías y vemos cómo cambia su actitud y todo, hay tías aquí que usan lentes y dicen que les da miedo usarlos porque en otros hogares o en este mismo le han roto los lentes, y eso no puede ser" (Adolescente, RFA mujeres).

Como consecuencia de la inacción, en algunas situaciones de agresiones a funcionarios, y ante la incapacidad de los profesionales de responder a dichas agresiones, son los mismos adolescentes quienes interceden por ellos, respondiendo con otra agresión violenta esta vez al adolescente instigador.

Considerando lo anterior, los equipos sostienen que la falta de normas y/o reglas básicas de convivencia son un nudo crítico del modelo que requiere una reformulación. El modelo debe ser capaz de incorporar las consecuencias a los actos disruptivos, entendiendo estas no desde la mirada del castigo y la sanción, sino que desde la protección y la sana convivencia. De esta forma, trabajar sobre las consecuencias de los actos no solo impactaría positivamente la seguridad y protección de todas las personas dentro de las residencias, sino que también prepararía a los/as adolescentes para la vida por fuera de estas, donde el quebrantamiento de reglas si tiene consecuencias claramente establecidas.

"Muchos protocolos que buscan proteger, terminan vulnerando a los mismos adolescentes"

Sumado de la ausencia de ciertas normas de convivencia interna, los profesionales destacan que los protocolos que existen son ineficientes e inefectivos para la contención de las situaciones de riesgo que se viven cotidianamente dentro de algunas residencias.

Por ejemplo, ante situaciones de agresiones y/o actos violentos por parte de los/as adolescentes, los protocolos impiden la contención física por parte de los funcionarios, asimismo, ante casos de descompensaciones, los equipos están imposibilitados de aplicar calmantes o semejantes. En ambos casos el protocolo dicta llamar a carabineros y/o al SAPU, lo que de acuerdo a los profesionales demora mucho debido a la burocracia que requiere.

Asimismo, en los casos donde los equipos identifican consumo problemático de droga y/o participación en pandillas en los/as adolescentes, el protocolo impide que los funcionarios revisen a los adolescentes, lo que genera que en muchas ocasiones se ingrese drogas y/o armas a las residencias, poniendo el peligro a todos los adolescentes y equipos. Tal como indica una profesional de una RFA de hombres:

> "El tema de la droga es complicada sobre todo porque el ingreso de droga no podemos controlarlo. No lo podemos controlar porque por lo general ingresan la droga dentro de los pantalones y nosotros no podemos revisarlo. A lo más les podemos decir, "ya te vamos a revisar los bolsillos", pero ya si lo metieron entremedio de la ropa interior, nada. Al igual que las armas, a lo más le podemos hacer revisar, "levántate la polera", cuando ya tenemos sospecha de que puede que ingrese armas, o el bolso que a veces andan trayendo, pero tampoco podemos nosotros meter mano y revisar. Así que no tenemos ningún control, apelamos simplemente al vínculo y al cariño" (Tutor/a RFA).

A su vez, en las residencias de mujeres, donde la explotación sexual infantil es una de las grandes problemáticas, muchas profesionales declaran saber que las adolescentes interactúan con sus proxenetas a través de redes sociales en sus celulares. Sin embargo, el tipo de acciones que realizan, en este tipo de casos, depende del criterio de los profesionales de las residencias, como ejemplo respecto al uso de redes sociales en la residencia. En los discursos analizados, se observó que algunos profesionales dicen sentirse de manos atadas frente a estas situaciones, como por ejemplo que no pueden requisar teléfonos o instalar aplicaciones de control parental para limitar su exposición, pues dicha acción implicaría una vulneración a su privacidad (Araujo & Martuccelli, 2010), pero también se observaron otros relatos donde si se hace ese control de las redes sociales por parte de las o los profesionales de las residencias. Se estima que, dada la magnitud que está teniendo este problema, debiesen existir protocolos de acción más claros.

Todas estas situaciones generan frustración en los equipos pues declaran estar conscientes sobre los diferentes problemas que aquejan a los/as adolescentes, sin embargo, carecen de las estrategias normativas para buscar soluciones, por lo que están "atados de manos" (tutor/a RFA). Asimismo, existe un gran resquemor en los funcionarios/as de verse enfrentados a sumarios, por lo que su respuesta antes estas situaciones es la inacción.

En su opinión, muchos de los lineamientos del modelo desconocen los problemas de la población que atiende, y dicha incongruencia estaría poniendo en riesgo a los propios niños, niñas y adolescentes a los cuales busca proteger. Según varios de los entrevistados, muchos de los protocolos implementados para proteger a los/as adolescentes están actuando hoy como barreras para su efectiva protección. Además, esto genera, en algunos casos una gran distancia entre los equipos y los adolescentes, ya que estos últimos son percibidos por los profesionales como peligrosos o intratables, lo cual también afecta su auto imagen y desarrollo identitario. Finalmente, esto impacta en las dinámicas de poder dentro de los hogares y refuerza el uso de la violencia y la descompensación emocional, como mecanismos para enfrentar los conflictos.

4.1.5 Relación con el entorno

Otro de los elementos que se requiere para una residencia emocionalmente segura dice relación con la vinculación con el entorno. Los lineamientos del modelo RFA sostienen que las residencias deben potenciar las relaciones positivas con el entorno a fin de garantizar la efectiva vinculación de los adolescentes con las comunidades en donde viven.

Sobre este punto, los equipos comentan que la principal falencia se generó debido a que no se preparó lo suficiente la transición a este nuevo modelo residencial, y por ende, no se realizó un trabajo adecuado con los vecinos de los barrios donde se instalarían estas nuevas residencias.

En algunas residencias, la relación con los vecinos los primeros meses fue compleja, recibiendo quejas por el ruido, los gritos y el desorden. Incluso en localidades como Villa Alemana, la propia Alcaldía estaba en contra de la ubicación del hogar, dificultando el acceso de los adolescentes a la oferta comunal de recreación. De hecho, la residencia está ubicada al lado de un gimnasio municipal, al cual los adolescentes no han podido acceder, ya que les exigen que vayan acompañados y en horarios donde no asista el resto de la población.

Asimismo, guiados por la estigmatización, muchos vecinos temían que los barrios se volvieran más peligrosos, debido a la llegada de las residencias. Ahora bien, con el paso del tiempo, los equipos declaran que la situación ha mejorado, y que no se registran mayores conflictos. De todas formas, los funcionarios enfatizan que es necesario realizar un mayor trabajo de participación con los vecinos y comunidades. Tal como indica una profesional de RFA:

> "Es necesario hacer más trabajo comunitario, invitar al vecino, que ellos sepan que aquí hay niñas y adolescentes, que sepan que tiene esta historia de vida. Y no hay que hacer esto desde la mirada que "ellas las pobrecitas" sino para hacerlas parte de la comunidad, porque ellas son parte del barrio, ellos estudian en los colegios de la comuna, están en el centro de salud asistencial de acá, van a las actividades municipales de acá, tiene registro social de hogares de acá, son parte de esta comunidad, y la mejor forma de que se integren es que los vecinos sepan, que sea colaborativo" (Profesional RFA).

4.2 Acompañamiento Terapéutico Comunitario

El segundo ámbito de acción, y uno de los elementos distintivos de este modelo residencial, es la incorporación de un acompañamiento terapéutico comunitario. Si bien las duplas son los principales encargados de estas labores, a diferencia de modelos anteriores, en las RFA, la intervención terapéutica es realizada por todos los profesionales del equipo a través de prácticas cotidianas.

Esta nueva forma de aproximarse a la intervención terapéutica es valorada por los equipos, quienes consideran que es una forma mucho más integral de atender a las necesidades de los/as adolescentes. Ahora bien, identifican una serie de nudos críticos a considerar.

En primer lugar, los funcionarios sostienen que falta capacitación formal sobre cómo realizar este tipo de intervención terapéutica, pues es un enfoque novedoso respecto a sus experiencias laborales previas y a la formación profesional que poseen. En todas las residencias estudiadas, los equipos identifican como una dificultad el haber tenido que aprender y adaptarse a intervenir en espacios abiertos, donde hay constantes interrupciones y distracciones. Sin instrucción formal, los funcionarios dicen descansar en la intuición y el ensayo y error. Un integrante de una dupla psicosocial comenta que:

> "Es sumamente complejo, yo creo adaptarse a esta forma de intervención ha sido el mayor desafío que hemos tenido, porque obviamente este modelo es muy abierto, es un modelo de acompañamiento comunitario. No tenemos espacios de intervención como estamos acostumbrados. No hay espacios para conversar en privado, y, por lo tanto, las intervenciones son en cualquier contexto y eso dificulta un poco el trabajo de los profesionales, porque a nosotros se nos solicita, por ejemplo, explorar en la historia de vida, en las emociones de los niños, pero nos pasa que cuando el niño logra conectarse con su historia y sus emociones, lo interrumpen. Yo diría que ha sido la mayor dificultad, porque la mayoría tenemos una formación profesional donde no se nos enseñó a trabajar con ruido, o que llegue un niño que abrace a otro, o que le pegue un palmetazo mientras uno está interviniendo. Nos hemos debido adaptar a esa condición" (Profesional RFA).

La falta de capacitación y de un lineamiento claro de intervención también se evidencia en las limitaciones de los planes de intervención. Al analizar estos documentos es posible observar que son sumamente breves (2 páginas) y no poseen información detallada sobre las características ni el historial de cada NNA, ni especificaciones respecto a sus necesidades de intervención. Si bien se presentan objetivos de trabajo, esto no incluyen una bajada concreta que detalle un plan de acción o una hoja de ruta. Esto evidencia, la falta de claridad respecto a cómo intervenir a los/as adolescentes atendidos en el sistema, lo que dificulta tener una rutina y planificación estructurada sobre lo que se tiene que trabajar con él o la joven.

Al profundizar en el proceso de intervención, el gran nudo critico según los equipos de intervención, es que este modelo de acompañamiento terapéutico es insuficiente para la mayoría de los adolescentes atendidos en el sistema, quienes presentan características de mayor complejidad, requiriendo intervención especializada.

Sumado a sus trayectorias proteccionales, los adolescentes atendidos en el sistema de cuidado alternativo residencial se ven enfrentados a problemas y/o necesidades adicionales. Entre estas, se encuentra el consumo de drogas, los problemas de salud mental, las conductas delictivas, y en el caso de las mujeres, la explotación sexual infantil.

La prevalencia y la intersección de dos o más de estas características hacen del sujeto de atención del modelo residencial un sujeto sumamente complejo, lo que tensiona el modelo de acompañamiento terapéutico propuesto en el modelo RFA.

La visión de los equipos es que hoy los/as adolescentes atendidos en el sistema requieren una intervención especializada que el modelo de residencias familiares es incapaz de proveer. Los propios funcionarios reconocen carecer de las habilidades y capacidades para entregar el cuidado y atención que los adolescentes requieren, enfatizando que los lineamientos del modelo son incongruentes con el sujeto de atención que hoy ingresa a las residencias, lo que en última instancia genera situaciones de riesgo y vulneración para los propios adolescentes.

Así, si bien el modelo funciona para los casos de menos complejidad, es insuficiente para la mayoría de los casos atendidos. Tal como comentan los profesionales:

> "Acá a la residencia la mayoría de los adolescentes llegan con traumas complejos, con problemas psicológicos y psiquiátricos graves, con policonsumo de drogas, y lamentablemente estas son situaciones que nosotros como residencia no podemos abordar porque excede nuestras capacidades. Acá la intervención es familiar, no especializada. Tenemos una tens que administra medicamentos, pero nada más, y no podemos hacer nada más, y el intersector tampoco da respuestas, así que los adolescentes solo nos tienen a nosotras y la verdad es que no es suficiente" (Profesional RFA).

> "Hay una falencia grave en lo que respecta al trabajo de salud mental, porque nosotros tenemos jóvenes con patologías psiquiátricas, con patología dual, con patologías psiquiátrica más consumo de drogas. Esta residencia es una residencia familiar hecha para jóvenes en situación de vulnerabilidad, entendemos que muchas veces estas características acompañan la situación de vulnerabilidad, pero el problema es que este modelo no da respuesta, porque no somos una residencia de alta complejidad. El servicio nos ha entregado algunas capacitaciones, pero no es suficiente, no tenemos las herramientas para cumplir con las necesidades de los jóvenes" (Tutor/a RFA).

> "Cuando llega un niño con características muy complejas, no podemos decirle no, usted no puede ingresar, porque son niños y hay que garantizarle sus derechos, pero nosotros no tenemos las herramientas, esa es la verdad. Entonces si el modelo actual va a recibir a casos tan complejos como los que hoy ingresan, entonces desde el Servicio tienen que entregar nuevos lineamientos y más recursos y capacitaciones de especialización, para poder abordarlos acorde a sus necesidades" (Encargado/a de vida familiar, RFA)

El diagnóstico compartido por todos los profesionales entrevistados en este estudio es que el Modelo RFA es positivo para ciertos adolescentes, pero sumamente insuficiente para los casos de mayor complejidad, los cuales tienen mayor prevalencia hoy. Esta inconsistencia entre el modelo y el sujeto de atención tiene efectos negativos para todos los adolescentes atendidos en el sistema. Es así, que varios profesionales manifiestan que, en algunos casos, sería necesario la obligatoriedad en ciertas acciones como tratamientos para consumo problemático de drogas, talleres formativos, atenciones en salud, etc., pero que esto no lo pueden hacer.

Como indican, los mismos equipos, para los usuarios que requieren intervención especializada, el modelo de intervención familiar no logra dar respuesta a sus necesidades, generándose una vulneración adicional. A su vez, los usuarios que si se beneficiarían del modelo de intervención familiar, no logran obtener todo el provecho de este, ya que, debido a la falta de especialización, los equipos dedican gran parte de su jornada laboral a buscar soluciones para las problemáticas que enfrentan los usuarios más complejos. Sumado a esto, la falta de capacidades y planes de intervención especializados genera situaciones de riesgo, que ponen en peligro la integridad física y emocional de todos quienes habitan las residencias. Por ejemplo, ante descompensaciones o reacciones violentas de los adolescentes, las cuales no son abordadas correctamente por los equipos.

4.2.1 Jóvenes con involucramiento en el sistema de justicia juvenil

Un aspecto de especial preocupación tanto para los directivos del SNPE como para varios de los profesionales que fueron entrevistados de las residencias visitadas, especialmente de las RFA de hombres es la presencia de jóvenes con involucramientos delictual y lo complejo que significa su manejo en el nuevo contexto de las residencias familiares. Tal como se mencionó en el apartado anterior, los jóvenes con atención simultánea presentan trayectorias y necesidades que en algunos elementos difieren de la población atendida exclusivamente en los sistemas de protección. Entre estas destacan mayor rezago escolar, mayores indicadores de vulneración, historias de institucionalización más complejas, y mayor consumo de drogas.

En relación a la presencia de estos jóvenes en las residencias de Mejor Niñez, los profesionales sostienen entender que dentro del "perfil proteccional", las conductas delictivas y/o infractoras son características posibles, sin embargo, debido a que el modelo no está diseñado como una intervención especializada, y que actualmente no existen prácticas formales de colaboración entre el Servicio de Protección Especializado y SENAME que permitan un trabajo coordinado

para la atención de este tipo de jóvenes. Los profesionales señalan que la presencia de estos jóvenes entorpece el proceso de intervención y la vida cotidiana dentro de las residencias.

Ahora bien, en las visitas a las residencias se observó que, por lo general, los jóvenes con atención simultánea no estaban en las residencias durante el día. En efecto solo en una de las visitas a residencias fue posible conversar con jóvenes en atención simultánea. A pesar de lo anterior, la mirada de los equipos es que estos jóvenes entorpecen el proceso de intervención dentro de la residencia, ya que presentan comportamientos diferentes a aquellos jóvenes que solo ingresan por causas vulneración de derechos. Entre estas diferencias se destaca la mayor prevalencia de consumo de drogas, y el comportamiento disruptivo y trasgresor de normas.

A nivel cotidiano, algunos profesionales sostienen que existe un contagio criminógeno, entre jóvenes con atención simultánea y aquellos solo atendidos en el sistema de protección, la que se traduce en cambios en el léxico, comportamientos trasgresores, iniciación en el consumo de drogas, y hasta involucramiento en pandillas. Si bien, no existen datos duros que respalden esta situación, en las distintas residencias visitadas se repite el discurso de que existe una contaminación de ambientes y que ellos no tienen elementos para intervenir en estos casos.

"Como sistema de protección no tenemos las herramientas para apoyar a estos jóvenes"

Al profundizar en esta contaminación de conductas transgresoras, los equipos residenciales enfatizan que esta se debe en parte, a que actualmente los jóvenes con atención simultánea no están recibiendo la intervención ni él apoyo que requieren, debido a que el sistema de protección no posee los recursos, humanos, materiales ni financieros, para esto. En particular, se reconoce falta de especialización en materia de reinserción social, e intervención sobre conductas disruptivas.

Según los equipos, desde los tribunales de garantía, existe un problema de entendimiento respecto a los lineamientos y recursos del sistema de protección, pues estarían derivando casos complejos, que requieren intervención especializada, a residencias sin dichas competencias. Tal como sostiene una funcionaria

> "Los tribunales de garantía sienten que nosotros somos una extensión de la cárcel de menores, que somos una proyección de los CIPS CRC y entonces las medidas cautelaras las asumimos nosotros, y el problema es que no tenemos los recursos. Nosotros como protección no tenemos las herramientas ni el modelo técnico para apoyar a esos jóvenes. No tenemos la disposición de terapeutas, de psicólogos y psiquiatras, de especialistas en adiciones, que si tiene el sistema de responsabilidad penal adolescente (RPA). Yo trabaje en el sistema RPA, y ellos tiene líneas de acción especializadas, y además existen leyes que fortalecen la previsión de los servicios que estos jóvenes requieren y que acá en protección no tenemos. Sin estos servicios especializados el modelo [RFA] se pierden, porque el modelo no está pensado para adolescentes que requieran atención

especializada, ni por contacto con el sistema de justicia ni por otras necesidades" (funcionaria residencial).

La falta de recursos que permitan una intervención especializada de estos jóvenes se suma a un problema de gestión pública, a saber, la falta de prácticas de colaboración protocolizadas entre el sistema de protección y justicia juvenil, que permita atender los casos de atención simultánea de manera conjunta. Desde los equipos residenciales, se reconoce que, si bien formalmente el sistema de justicia juvenil está disponible para apoyar a los equipos residenciales, en la practica la comunicación es prácticamente inexistente.

Al profundizar en esta situación los equipos destacan que la ausencia de un manejo interinstitucional de los casos de atención simultánea es la piedra angular, pues estos jóvenes presentan antecedentes de vulneración de derechos y deben ser intervenidos por los sistemas de protección. Ahora bien, sin los recursos y herramientas necesarias para atender sus necesidades particulares de estos jóvenes, no solo ellos ven afectado sus procesos de intervención, sino que todos los adolescentes con quienes comparten residencia.

Sumado a la falta de especialización, los equipos residenciales sostienen que, para algunos casos de atención simultánea, cumplir las medidas en el sistema de residencia de protección es simplemente imposible, debido a que las exigencias de sus medidas cautelaras son contrarias al diseño del modelo RFA. En efecto, en dos de las residencias estudiadas se registran casos de jóvenes con atención simultánea cumpliendo medidas de arresto domiciliario total, sin embargo, las orientaciones técnicas del modelo RFA impiden que esta media se ejecute, debido a que las residencias están diseñadas como espacio de libre acceso, y tal como indica un funcionario "nosotros no los podemos retener acá".

Respecto a este último punto, los equipos residencial vuelven a enfatizar la descontextualización de los tribunales respecto a las capacidades y posibilidades del sistema de cuidado alternativo residencial de ejecutar las medidas de los jóvenes con atención simultánea, y la importancia de que desde el Poder judicial, como del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, y del nuevo Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, se elaboren lineamientos interinstitucionales para el trabajo coordinado con estos sujetos de atención.

4.3 Intervención Familiar y para la vida independiente

El tercer ámbito de acción del modelo RFA refiere al trabajo de vinculación familiar y preparación para a la vida independiente.

En relación a la vinculación familiar, tal como describió en detalle en el apartado 2, este ámbito busca intervenir sobre la familia o adulto significativo que podría ejercer el cuidado del adolescente al momento del egreso de la residencia, o que, en caso de no poder asumir su cuidado, se mantenga como una figura que pueda contribuir al bienestar de el/la adolescente.

En cuanto a cómo se implementa este ámbito de acción en la práctica, debido a la larga historia de institucionalización de la mayoría de los/as adolescentes atendidos en el sistema RFA, el vínculo con las familias biológicas es muy escaso, por ende, el trabajo de vinculación familiar es casi nulo, se da en muy pocos casos en las residencias estudiadas. De acuerdo a lo que reportan los/as funcionarios, los/as adolescentes tienen internalizado en sus historias de vida que sus familias biológicas no existen o bien no están presentes. En los casos en donde si hay algún tipo de vinculo, esta toma la forma de visitas esporádicas, pero casi nunca se prepara para un egreso con las familias biológicas.

Al profundizar en este punto, los equipos concuerdan que muchas veces, y debido a la falta de habilidades parentales, las visitas de las familias biológicas producen frustraciones y/o decepciones en los/as adolescentes, entorpeciendo el proceso de intervención, y en algunos casos generando nuevos procesos de vulneración. Tal como relata una encargada de vida familiar de RFA:

> "Muchas veces los adolescentes quedan peor cuando ven a sus familiares, quedan decepcionados, expuestos y hasta vulnerados. Muchas veces los padres entorpecen el trabajo de intervención, y se generan conflictos porque las adolescentes en las residencias tienen una mejor condición de vida que sus familias, tiene más recursos, más oportunidades. Esta disparidad a veces genera resentimiento en las familias, en especial con las mujeres donde hay muy poca diferencia de edad entre las hijas y las mamas, y se genera una rivalidad. Muchas mamás creen que las hijas tienen una vida que ellas no tuvieron, y eso genera conflictos" (Encargado/a de vida familiar, RFA).

Los hallazgos sobre este ámbito de acción dan cuentan que más que un nudo crítico del modelo, la falta de vinculación familiar es una realidad de la población atendida. Y con ello, también se podría inferir que el sistema está derivando adecuadamente al esquema residencial a aquellos niños, niñas y adolescentes que no cuentan efectivamente con otras redes de apoyo. Es decir, que el sistema de cuidado alternativo residencial estaría siendo la última medida disponible.

"La vida después de la residencia"

Sumado al trabajo de vinculación familiar, el tercer lineamiento del modelo RFA también trabaja sobre la preparación a la vida independiente. Esta preparación busca que los adolescentes desarrollen habilidades para hacer frente a la vida diaria, fomentando su proceso de independencia y transición a la vida adulta, y recuperando la confianza en sí mismo/a y en los demás.

El trabajo de campo realizado en las residencias deja entrever que en la práctica, la preparación a la vida independiente se ejecuta en tres ámbitos (1) la construcción de confianza y seguridad personal, (2) el desarrollo de habilidades prácticas, y (3) la empleabilidad y la búsqueda de oportunidades laborales.

En relación a la construcción de confianza y seguridad personal, los funcionarios sostienen que hay un fuerte trabajo de acompañamiento para que los/as adolescentes logren construir un plan de futuro. Si bien esto no es posible con todos, principalmente debido a problemas de consumo de drogas, problemas de salud mental severos, o conductas delictuales, con muchos si se logra esta proyección. Desde la mirada de los/as adolescentes, la figura de los funcionarios es clave, pues son ellos/as son su principal sostén y fuente de confianza. Como relata un/a adolescente:

> "Lo principal para mi es la compañía de los tíos, ellos me dan muchos consejos, me dicen que si se puede, que voy a lograr lo que yo quiero. Cuando estoy mal y me bajoneo, siempre me dicen que no tengo que escuchar los comentarios del resto, sino que surgir depende de mí, que si yo quiero lograrlo voy a salir adelante, que si me lo propongo se puede. Los tíos son quienes me ayudan a creer que voy a poder tener mi propia familia, mi propia casa, mi propio trabajo, que no voy a tener que depender de nadie más" (Adolescente RFA)

En relación a las proyecciones de vida, sueños y planes de los/as adolescentes entrevistados hay bastante diversidad, efectivamente varios comentan sobre sus sueños y planes respecto a su egreso, proyectando su independencia por fuera de la residencia. Sin embargo, para otros, falta incorporar el acompañamiento de un proyecto de vida, ya que en general el cuidado se enfoca en cubrir necesidades básicas, pero existe una carencia en atender y dar respuestas a las necesidades más en el ámbito de desarrollo personal de las y los adolescentes.

En cuanto al desarrollo de habilidades prácticas, desde la mirada de los funcionarios, los lineamientos de preparación a la vida independiente son inconsistentes con muchas prácticas cotidianas de las residencias, las cuales limitan la autonomía y responsabilización de los/as adolescentes. Por ejemplo, por razones de seguridad los/as adolescentes no pueden cocinar pues no pueden manipular cuchillos, y por ende todo el servicio de alimentación es provisto por externos. Esto no solo es cuestionado por los equipos, sino que los/as propios/as adolescentes dicen que es limitante en su preparación para la vida independiente, pues al egresar no tendrán a alguien que les cocine. Sumado a la prohibición de cocinar, las residencias cuentan con personal de aseo que se encargan de toda la limpieza de la casa (salvo el orden de las piezas), lo que también es resentido, pues limita la responsabilización de los/as adolescentes. Sobre este tema, un/a adolescente de 16 años cuenta:

> "A mí lo que menos me gusta de la residencia es que las tías nos estén haciendo nuestras cosas, que las tías barran o limpien las cosas, sabiendo que nosotros somos los que tenemos que hacer eso. Ahora tenemos tías que nos cocinan, que nos hacen el aseo, que nos laven la ropa y todo, y así nosotros nunca vamos a aprender a hacerlo. Y es malo eso, porque en algún momento nosotros nos vamos a ir de aquí, y en ese momento los tíos no van a estar al lado de nosotros, no van a estar cocinándonos ni ordenándonos nuestras cosas, vamos a estar solos, y sin saber hacer las cosas básicas de la casa" (Adolescente RFA hombres).

De esta forma, tanto para los equipos como para los adolescentes, muchas de los protocolos del modelo estarían actuando como barreras para la preparación a la vida independiente, limitando la consolidación de autonomía, responsabilidad y habilidades básicas para la vida post egreso.

Sumado a esto, y en relación a los recursos materiales disponibles, los equipos también sostienen que el modelo se ha vuelto asistencialista, lo que también entra en contradicción con la generación de la autonomía necesaria para el egreso.

A diferencia del modelo antiguo, el actual modelo cuenta con muchos más recursos materiales, para garantizar que todas las necesidades básicas de los niños, niñas y adolescentes atendidos en el sistema se vean cubiertas. Entre estos, todos los NNA reciben trimestralmente una *gift card* son 170.000 pesos para gastar en ropa. Si bien esto es identificado por los adolescentes como algo positivo, que les permite consolidar su identidad personal, pues tienen libertad para vestirse como deseen, para los/as funcionarios es complejo, pues no se condice con la realidad material que tendrán los adolescentes una vez egresen del sistema. Sobre este punto, un/a profesional comenta que:

> "Yo hoy cuestiono lo muy subsidiario y asistencialista que se ha vuelto el servicio. Hoy acá todo es a destajo. Los adolescentes reciben un gift card con casi 170 mil pesos cada dos o tres meses para comprarse ropa, y si bien es bueno porque todos tenemos necesidades básicas, es irreal, porque en la práctica casi nadie se gasta esa plata cada dos meses en ropa. Yo me pregunto cómo las preparamos para ser adultas independientes entonces. No digo que elimines el gift card, pero hay que hacer más trabajo para que entiendan que la vida real no es así. Y en la residencia es igual, siempre hay de todo, si algo se rompe se repone inmediatamente. Por ejemplo, si se rompe un televisor o un computador, los niños saben que en dos o tres días hay uno nuevo, y en la vida real las cosas no son así. Yo no digo que no hay que tener recursos, si al final se trata de dignificar su vida, pero también hay que ir enseñándole a las chiquillas que las cosas cuestan, que ellas tienen que administrarlas, que tienen que ser responsables, que tienen que manejar su ropa., que tiene que cuidar las cosas de la casa" (Profesional RFA).

De esta forma, los equipos sostienen que el modelo se ve constantemente enfrentado entre el desarrollo de la autonomía y el asistencialismo. Si bien el modelo ha logrado asegurar que todos los niños, niñas y adolescentes atendidos en el sistema vean sus necesidades básicas cubiertas, muchas veces esto se ha generado a costa del desarrollo de autonomía que permita que estos jóvenes se desenvuelvan exitosamente por fuera del sistema residencial.

De esta forma, mantener un equilibrio entre lo que implica cubrir necesidades básicas con dignidad, atención a la individualidad y estimular la autonomía, y la preparación a la vida independiente, emerge como un desafío del modelo RFA.

Por último, y en relación a la empleabilidad, la visión de los/as funcionarios/as es que el servicio está al debe, pues no existe una verdadera oferta de inserción laboral para los jóvenes que egresan del sistema de cuidado alternativos.

Si bien actualmente algunas residencias logran vincular a adolescentes con cursos de formación y/o capacitación, esto es más bien escaso y depende de la voluntad y capacidad de gestión de los funcionarios en cada residencia. Según los equipos, esta falencia es estructural pues en Chile no existe oferta de capacitación de oficio para menores de edad, y acorde a la normativa vigente, el Servicio solo puede atender a jóvenes mayores de 18 años si estos están estudiando y/o trabajando, lo que equivale a un número muy pequeño. Por el contrario, la gran mayoría de los adolescentes abandonan las residencias a los 18 años, y debido que no califican para la oferta disponible, egresan sin mayor capacitación, lo que complejiza la posibilidad de una transición exitosa. Tal como indica un/a profesional de RFA:

> "Yo creo que los desafíos a nivel de residencia tienen que ver con fortalecer el trabajo de la vida independiente de los chicos ya que ingresan acá a los 14, 15 y 16 años y enfocarse en eso. Principalmente, orientarlos al tema de apresto laboral desde los 16 años o bien a sus estudios futuros. En este tema yo creo que tenemos falencias estructurales del sistema, porque los cursos de especialización laboral y de apresto laboral, siempre son desde los 18 años en adelante. Entonces es una barrera que el propio sistema nos coloca para que el niño salga con algo que le permita vivir de manera independiente. El modelo dice que si a los 18 si no sigue estudiando, el chiquillo se tiene que ir, pero el problema es que no tiene las herramientas, y el sistema no le ofrece herramientas"(Profesional RFA).

4.4 Articulación con redes de protección.

Finalmente, el cuarto ámbito de acción del modelo RFA es la articulación con redes de protección, y tiene por objetivo que los adolescentes logren establecer vínculos con el territorio en el cual viven, garantizando el acceso a las prestaciones y servicios básicos que requieran. En la práctica esto se traduce en la articulación del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia con el intersector.

De manera transversal todos los/as funcionarios/as entrevistados sostienen que quizás el mayor nudo crítico del modelo es su relación con el intersector. A nivel de diseño, el Modelo de Residencias Familiares para Adolescentes se estructura en torno a una mirada sistémica, donde el intersector es una pieza clave para que el modelo funcione de manera adecuada y garantice la protección de todos los NNA atendidos. Sin embargo, a nivel practico, no existe una verdadera coordinación interinstitucional, y por ende, es sumamente complejo acceder a los servicios y prestaciones del intersector.

Al profundizar en esta desconexión del Servicio con las otras redes de protección disponibles, los/as funcionarios/as describen una desconexión en dos niveles. Por un lado, respecto a la derivación inicial de los adolescentes al sistema de cuidado alternativo residencial, los funcionarios evidencian un desacople entre los tribuales de familia y el Servicio. En concreto, se argumenta que pareciera ser que los tribuales de familia desconocen los lineamientos del actual modelo RFA, pues estarían derivando a jóvenes que requieren intervenciones especializadas a estos modelos de atención familiar.

Por el otro, los funcionarios describen problemas en la articulación entre el Servicio y las distintas redes disponibles para atender las necesidades de los/as adolescentes, una vez insertos en el sistema residencial. Específicamente, problemas a la hora de realizar derivaciones a los servicios de salud y que atiendan problemáticas asociadas al consumo problemático de alcohol y drogas.

En cuanto a las derivaciones a los servicios de salud, los equipos de intervención relatan que la gran mayoría de los usuarios atendidos en el sistema residencial presenta diagnósticos por salud mental[21], y un número importante de ellos y ellas requieren tratamientos médicos farmacológicos. Ahora bien, debido a la sobrecarga del sistema público de salud, este no logra dar abasto a las necesidades de los adolescentes en el sistema residencial, por lo que muchos/a adolescentes no reciben el tratamiento que requieren. Los equipos de intervención sostienen que es muy complejo acceder a atención psiquiátrica o psicológica especializada, ya que no hay convenios o alianzas estrategias entre el Servicio y el Sistema de Salud que posicionen a esta población como población prioritaria.

En los casos de consumo de droga el escenario es similar, y la oferta disponible por SENDA no logra dar abasto a las necesidades de los/as adolescentes atendidos en el sistema residencial. Los programas disponibles para esta población son ambulatorios, o de desintoxicación (48 horas), sin embargo, no hay opciones de internación de mediana o larga estancia que permitan un efectivo tratamiento por consumo de sustancias.

Sobre este punto, los equipos comentan que en algunos casos críticos han debido pagar cupos en centros de salud privados, para acceder a hospitalizaciones para los/as adolescentes. Sin embargo, son conscientes de que esto es solo una solución parche, que es inviable económicamente.

La carencia de alianzas estrategias con el intersector que aseguren el acceso a las prestaciones requeridas por los/as adolescentes, es vista por los equipos como una falencia estructural del modelo, pues olvida que todo el intersector debe entenderse como garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Tal como relata un profesional:

21 Relatos que coindicen con los datos levantados para este estudio, donde un 63% de los NNA de las residencias tienen un diagnóstico en salud mental.

> "Uno de los problemas es que para el Servicio y para el país, nosotros somos los garantes de derechos de los NNA, pero la verdad es que hay miles de leyes que mandatan a todos los servicios públicos a ser garantes de derecho. El problema es que estos otros servicios no tienen esto incorporado, y por ende es complejo trabajar en red. Difícil porque no comprenden que ellos también son garantes de derecho. Carabineros, los hospitales, SENDA, todos son garantes de derecho, y sin ellos, nosotros como residencia no podémonos dar abasto. Dentro de las residencias no tenemos los equipos, capacidades ni recursos para dar respuesta a todas las necesidades de los chicos" (Profesional RFA).

Desde la dirección de las residencias sostienen que, si bien existen instancias de coordinación interinstitucional, donde se reúnen los/as directores de las residencias, coordinadores regionales y gestores referentes de los distintos servicios, estas reuniones no logran tener efectos prácticos en el acceso a cupos y/o servicios.

5. Sistemas de cuidado alternativo residencial en la evidencia comparada.

A partir de la evidencia levantada en el trabajo cuantitativo y cualitativo de este estudio, y de todos los elementos discutidos a anteriormente, se destacan cuatro nudos críticos que hoy limitan el proceso de intervención e interfieren en la efectiva protección de los y las adolescentes atendidos en los centros de administración directa del SNPENA.

Los nudos identificados son los siguientes

(1) Modelos de intervención efectivos para los sujetos de atención
(2) Regulación de la vida cotidiana y ambiente familiar en el espacio residencial
(3) Estrategias de gestión interinstitucional para el manejo de casos de jóvenes con atención simultánea en protección y justicia juvenil.
(4) Capacitación y acompañamiento a los equipos de trabajo

A continuación, estos nudos críticos son discutidos a la luz de la evidencia comparada, destacando las buenas prácticas y recomendaciones que se han relevado a través de la investigación.

5.1 Modelos de Intervención: Cambios a nivel organizacional

Si bien el uso de medidas de cuidado alternativo de carácter residencial ha sido cuestionado por la evidencia internacional, destacando los efectos nocivos que la institucionalización puede generar en el proceso de desarrollo de los niños, niñas y adolescentes (Ainsworth & Hansen,

2018; ECARO UNICEF, 2021; Giraldi et al., 2022; James, 2011; Working Group on Children without Parental Care, 2013). No obstante, es un sistema al cual se debe recurrir, ya que en Chile siguen existiendo niños, niñas y adolescentes que no cuentan con una familia o adultos responsables con los cuales puedan vivir. En el caso de nuestro país, uno de los aspectos más críticos con las estadías prolongadas de NNA en residencias (James, 2011).

Debido a que el uso de residencias sigue siendo parte integral de los servicios de protección en nuestro país, las preguntas respecto a la eficacia y los resultados de los distintos servicios y modelos implementados cobran relevancia. Históricamente las iniciativas y programas para atender a los NNA en cuidado alternativo residencial se han focalizado en modelos de intervención solo a nivel individual, los cuales, si bien están basados en la evidencia, fueron desarrollados y validados originalmente en entornos clínicos (Izzo et al., 2020). Debido a la persistencia de los problemas registrados en el entorno residencial, en la última década el foco de intervención se ha desplazado hacia modelos a nivel de organización, diseñados específicamente para entornos de atención grupal (Izzo et al., 2020). Estos modelos, a partir de una mirada sistemática y ecológica[22], buscan potenciar la atención a partir de una intervención con el entorno, y para aquello, proponen cambios organizacionales que apuntan a cubrir una complejidad mayor, más que solo enfocarse en el caso clínico.

Respecto de las intervenciones, el principal elemento destacado por las modelos organizacionales de atención a NNA en cuidado residencial, es que el acompañamiento terapéutico proporcionado debe adoptar la forma de un enfoque informado del trauma. Este enfoque, es un paradigma que promueve la comprensión integral a las respuestas del impacto del trauma, enfatizando la seguridad física, emocional y psicológica tanto de los afectados como de los interventores (Vitriol et al., 2020).

El punto de partida de toda intervención con NNA en el sistema de cuidado alternativo residencial es que se trabaja con una población que posee graves experiencia de vulneración y trauma. Estas experiencias pueden generar diversas reacciones psíquicas y conductuales, tales como comportamiento disruptivos, asilamiento, alteraciones del sueño, dificultades de memoria y aprendizaje, dificultades en el manejo de la impulsividad y la rabia, desregulación emocional, entre otras (Hanson et al., 2016; James, 2011; Marion & Mann-Feder, 2020). A diferencias de otros enfoques, el enfoque informado del trauma sostiene que dichos síntomas o manifestaciones conductuales deben entenderse siempre como una manifestación a una adversidad pasada, cambiando las preguntas respecto de *¿qué te pasa?*, por una indagación sobre *¿qué te pasó?*.

[22] El enfoque ecológico destaca la importancia de considerar múltiples factores contextuales para comprender el desarrollo y funcionamiento de una niño, niña o adolescente (Bronfenbrenner, 1977). Así, el entorno en donde un NNA se desarrolló, y los vínculos que forma con las distintas personas que lo rodean modelan y afectan su funcionamiento presente y futuro.

De esta manera, se reconoce el impacto generalizado del trauma en los jóvenes, el personal y los miembros de la familia, y se potencian el conocimiento y la comprensión de las posibles vías de recuperación, a la vez que se integra lo anterior a las políticas, prácticas y formación del personal (Association of Children's Residential Center, 2017).

Dentro de los sistemas de protección a la niñez, se han consolidado ciertos consensos respecto a conocimiento y prácticas del enfoque informado del trauma, incorporando en los modelos de atención: (1) una comprensión sobre el impacto del trauma en el desarrollo y el comportamiento de niños, niñas y adolescentes; (2) conocimiento sobre cuándo y cómo intervenir directamente de una manera sensible al trauma y a la cultura a través de derivaciones estratégicas; (3) garantizar el acceso a una intervención oportuna y eficaz centrada en el trauma; (4) un proceso de planificación de casos que apoye la resiliencia y recuperación a largo plazo; y (5) atención al autocuidado del personal en respuesta al trabajo con niños, niñas y adolescentes traumatizados (Bartlett et al., 2018).

A nivel de diseño de la intervención, la incorporación de este enfoque es un paso importante para que los servicios de atención a adolescentes puedan apoyar el proceso de protección y de recuperación de estos jóvenes. A continuación, se presentan 5 modelos organizacionales de intervención para la atención de NNA en el sistema de cuidado alternativo residencial, que incorporan el enfoque informado del trauma, los cuales podrían ser de utilidad para las mejoras del modelo chileno.

I. Sanctuary Model (CEBC rating 3 – Promising)[23]

El modelo Santuario, es un proyecto de cambio organizacional, que busca promover la seguridad, y la recuperación del trauma mediante la creación de una comunidad informada del trauma. Este modelo parte del reconocimiento de que el trauma es omnipresente en las personas, tanto para quienes requieren tratamiento como para quienes lo brindan (Sanctuary Institute, 2022).

A partir de un enfoque sistémico, este modelo tiene por objetivo general, crear un entorno informado y sensible al trauma en el que puedan aplicarse eficazmente intervenciones específicas. Sumado a esto, el modelo Santuario tiene los siguientes objetivos específicos:

- Crear un entorno de tratamiento colaborativo
- Reducir las restricciones y otras prácticas coercitivas
- Crear equipos multidisciplinarios de alto funcionamiento

[23] La organización "California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare" tiene por objetivo avanzar en la aplicación efectiva de prácticas basadas en la evidencia para los niños, niñas y adolescentes y sus familias que participan en el sistema de bienestar familiar, y proporcionan un ranking de distintas iniciativas basadas en la evidencia.

- Aumentar los niveles medibles de esperanza, seguridad, confianza, inteligencia emocional y capacidad de resolución de problemas, tanto en el personal como en los NNA.

Una premisa fundamental del Modelo Santuario es que el entorno de tratamiento es un elemento central para modelar las relaciones saludables que permitan una real recuperación. Ante esto, el modelo desafía a las organizaciones a re-examinar sus supuestos básicos sobre el grado en que sus entornos de tratamiento promueven la seguridad y la no violencia en los ámbitos físicos, psicológicos, sociales y morales (Clarke, 2013).

El enfoque utilizado en el Modelo Santuario se ajusta a las necesidades de los distintos programas, buscando abordar las necesidades especiales de los usuarios con graves trastornos emocionales e historias de maltrato y/o exposición a la violencia doméstica y comunitaria. El marco que estructura todo el trabajo de recuperación se denomina S.E.L.F que representa las cuatro etapas de la recuperación (Seguridad, Gestión Emocional, Pérdida y Futuro). La seguridad, se traduce en aprender a alcanzar la confianza en uno mismo, en las relaciones y en el entorno. Las tareas de la etapa de gestión emocional se centran en identificar y gestionar las emociones en respuesta a los recuerdos, las personas y los acontecimientos. La pérdida, implica sentir el dolor y lidiar con las pérdidas personales, y finalmente el cuarto aspecto de la recuperación, el futuro, exige probar nuevos roles (Clarke, 2011, 2013). La tabla 8 detalla los elementos centrales del Modelo Santuario.

Tabla 8: Principales elementos del Modelo Santuario

Elementos centrales del modelo	Descripción
Modelo S.E.L.F	En todas las sesiones de trabajo, el equipo interventor aborda los siguientes 4 elementos: (1) La seguridad, (2) la gestión de las emociones, (3) la pérdida y (4) el futuro. Estos son la base del modelo de acompañamiento terapéutico.
Reuniones de Equipo	Esta herramienta se centra en el uso del proceso de reunión del equipo para conectar a los miembros, mantener a los miembros centrados en los usuarios y el equipo, consultar conjuntamente sobre cuestiones terapéuticas para los usuarios, y utilizarlo como un foro para incorporar otros elementos del modelo
Plan de Seguridad	El Plan de Seguridad es una herramienta del Modelo que inspira a todos los miembros de la comunidad, incluidos los usuarios y los miembros del personal, a tener un propósito de seguridad. El plan incluye cinco estrategias que la persona intervenida puede implementar en cualquier momento en que no se sienta segura física, emocional, social o psicológicamente.
Trabajo grupal psicoeducativo	El Trabajo Grupal Psicoeducativo es una sesión estructurada de trabajo grupal de aproximadamente 30 minutos de duración, facilitada por cualquier trabajador del servicio de atención residencial con jóvenes. El plan de trabajo se basa en mejorar los conocimientos de los jóvenes sobre Seguridad, Emoción,

	Pérdida y Futuro, centrándose en la comprensión de los conceptos, la práctica de los mismos y su utilización en la vida real.
Plan de Autocuidado	El Plan de Autocuidado es un plan específico desarrollado por cada miembro del personal, en el que se describe cómo se cuidará a sí mismo. La herramienta se centra en la gestión proactiva de los impactos del trauma antes de que sea problemático. Las secciones del Plan de Autocuidado se dividen en una serie de áreas, incluyendo los siguientes elementos (físico personal, psicológico personal, social personal, moral personal, entorno laboral profesional organizativo).
Reuniones Comunitarias	Las Reuniones Comunitarias son un foro regular, dos veces al día, que incluye tres preguntas que ayudan a los usuarios, a los miembros del personal y a la organización a crear inteligencia emocional, un sentido de comunidad y un enfoque en el futuro. La reunión reúne a las personas en un círculo y ofrece la oportunidad de hacer preguntas y escuchar las respuestas. Ayuda a los participantes a comprender lo que cada uno siente, cuáles son sus prioridades para ese periodo y a vincularse de forma intencionada pidiendo ayuda. Las tres preguntas clave son: cómo te sientes, cuál es tu objetivo para hoy y a quién puedes pedir ayuda.
Reuniones de emergencia (reuniones de bandera roja)	Las reuniones de emergencia o bandera roja (red flag meetings) son una herramienta que se utiliza para tratar y resolver problemas que los usuarios o los miembros del personal creen que ponen en peligro su seguridad. Suele ser una herramienta de último recurso, con la esperanza de que se hayan intentado otras estrategias de resolución de problemas. Todos los miembros clave de la comunidad se reúnen para procesar, considerar y planificar acciones sobre el problema identificado. La reunión utiliza procesos S.E.L.F y conceptualiza el impacto del trauma para llegar a una resolución positiva

En cuanto a las evaluaciones disponibles, a la fecha se registran dos evaluaciones de impacto del modelo que muestran resultados favorables en cuanto a los objetivos del programa. Por un lado, Rivard, (2005) evaluó el programa en 8 centros residenciales de NNA en Philadelphia, Estados Unidos, utilizando 8 grupos aleatorios de comparación. Si bien a los primeros tres meses no se encontraron diferencias significativas entre grupo de tratamiento y control, a los 6 meses si se registraron efectos positivos para el Modelo Santuario. Los jóvenes del grupo de tratamiento puntuaron menos en estrategias de afrontamiento que tienden a aumentar el conflicto interpersonal o minimizar o exagerar los problemas interpersonales. También mostraron un mayor sentido de control personal, y redujeron el uso de la agresión verbal en comparación a los grupos de control. No obstante, resulta fundamental establecer que el estudio presenta limitaciones debido al tamaño reducido de la muestra y la falta de información a nivel desagregado.

A su vez, Elwyn et al., (2015) evaluaron el efecto del Modelo Santuario sobre los indicadores de seguridad física y psicológica del personal y de adolescentes mujeres en centros de detención de justicia juvenil. Los resultados indican que la instalación del Modelo en el centro de justicia juvenil para niñas aumentó los índices de seguridad física y personal tanto para el personal como para las adolescentes. Ahora bien, este estudio no es experimental, pues no se cuenta con un grupo de comparación aleatoria, lo que es una limitación considerable de los resultados.

II. CARE® model (CEBC rating 3 – Promising)

CARE es un programa basado en la evidencia que busca mejorar las dinámicas sociales en los entornos de atención residencial, a través del desarrollo profesional, la práctica reflexiva y el enfoque informado del trauma. A través de un enfoque ecológico[24] CARE tiene por objetivo general involucrar a todo el personal de un centro de atención residencial en un esfuerzo por mejorar las prácticas de cuidado a fin de proporcionar entornos de vida que incorporen el enfoque informado del trauma, y logren generar un sentido de normalidad y protección a los NNA (Residential Child Care Project, 2022). Este modelo parte del supuesto que la propia organización debe proporcionar la cultura, el clima y la filosofía para crear un entorno y hogar seguro, que permita apoyar la recuperación del trauma.

La implementación del modelo CARE se estructura en torno a 6 principios rectores: (1) está basado en las relaciones interpersonales, (2) presenta un enfoque informado del trauma, (3) se centra en las trayectorias de los usuarios (4) fomenta el involucramiento familiar, (5) se centra en las competencias y habilidades de los usuarios y (6) se estructura en torno a un enfoque ecológico. La implementación del Modelo requiere que las organizaciones se re-estructuren en torno a cada uno de estos principios (Residential Child Care Project, 2022). La tabla 9, presenta una descripción de cada uno de ellos:

Tabla 9: Principios rectores del Modelo C.A.R.E

Principio rector	Descripción
Relaciones interpersonales	Las experiencias relacionales positivas con los cuidadores ayudan a los niños a formar modelos de trabajo internos sanos de las relaciones entre adultos y niños y a desarrollar su capacidad para establecer relaciones más saludables
Enfoque informado del Trauma	El historial de traumas influye en las necesidades de programación de los niños y en su capacidad para cumplir las expectativas y participar en las actividades.

[24] El enfoque ecológico destaca la importancia de considerar múltiples factores contextuales para comprender el desarrollo y funcionamiento de una niño, niña o adolescente (Bronfenbrenner, 1977). Así, el entorno en donde el NNA se desarrolló, y los vínculos que forma con las distintas personas que lo rodean modelan y afectan su funcionamiento presente y futuro.

Foco en las trayectorias	Las trayectorias vitales de los niños mejoran cuando los cuidadores ofrecen oportunidades para vivir experiencias de desarrollo normativas y adaptan sus expectativas para satisfacer las necesidades únicas de cada niño.
Involucramiento Familiar	Los niños se benefician cuando los cuidadores comprenden y se adaptan a las normas y creencias culturales de las familias, y promueven la participación activa de éstas.
Centrado en las competencias y habilidades	Las oportunidades para que los niños practiquen la resolución de problemas, las habilidades de afrontamiento y otras habilidades para la vida permiten que los niños desarrollen una mayor autoeficacia, competencia social y capacidad para manejar las circunstancias de la vida.
Enfoque Ecológico	Las oportunidades de crecimiento y desarrollo de los niños aumentan si se adaptan las características clave del entorno físico y social para apoyar su participación con éxito.

A través de su implementación CARE busca influir en los siguientes aspectos:

- Mejorar la calidad de las relaciones entre el personal y los NNA
- Mejorar el funcionamiento social y emocional de los NNA
- Reducir el número de incidentes de comportamiento de alto riesgo, como la agresión, la destrucción de la propiedad y las fugas
- Reducir el uso de sujeciones físicas y otras prácticas restrictivas
- Mejorar el rendimiento académico de los NNA
- Aumentar los contactos entre los niños y sus familias
- Reducir la rotación de personal

En cuanto a la efectividad del modelo, las evaluaciones han demostrado que la implementación de CARE disminuye el uso de restricciones físicas y medicamentos psicotrópicos, reduce los incidentes graves de comportamiento y mejora las relaciones de los niños con el personal (Izzo et al., 2016).

III. Attachment, Regulation, and Competency (ARC)

El modelo ARC, es un marco de componentes básicos para la intervención informada del trauma en contextos residenciales, focalizado en jóvenes y familias que han experimentado traumas complejos. Este modelo es tanto una intervención clínica como un marco organizacional, utilizado para apoyar la atención en los sistema de atención a la infancia y la familia (ARCframework, 2023). La población objetivo del programa son usuarios de instituciones, tales como residencias de cuidado alternativo, escuelas, entornos hospitalarios, entre otros, que trabajen con niños, niñas y adolescente (0-21 años) que hayan sufrido experiencia de trauma complejo y/o crónicos, y sus familias o redes de apoyo.

Un elemento particular del modelo ARC, es que está diseñado para ser flexible y trasladable a los distintos sistemas que trabajan con NNA, e incorpora explícitamente a una gama de cuidadores (Primarios, de recursos, del entorno, etc.) (Blaustein & Kinniburgh, 2017). De esta forma, el modelo logra adaptarse a las características y necesidades del contexto en el cual se implementa.

El modelo ARC se estructura en torno a tres ámbitos de intervención, (1) el apego, (2) la regulación, y (3) las competencias. Cada ámbito y sus objetivos son descritos a continuación

1. Apego

Este ámbito se centra en fortalecer el sistema de cuidado que rodea al NNA a través del perfeccionamiento de las habilidades y recursos de los/as cuidadores adultos. Este trabajo de apego re focaliza en tres objetivos (ARCframework, 2023):

a) Ayudar a los cuidadores a reconocer, comprender, aceptar y gestionar sus propias respuestas emocionales y fisiológicas, en particular en lo que se refiere a la crianza o el cuidado del niño y sus repercusiones.
b) Mejorar el ritmo y la reciprocidad en la relación cuidador-niño, y ayudar a los cuidadores a profundizar en su comprensión del comportamiento infantil.
c) Construir respuestas eficaces, informadas por el trauma, al comportamiento del niño y del adolescente.

2. Regulación

El segundo ámbito busca desarrollar la capacidad de autorregulación de los NNA. Muchos NNA entran en contacto con los sistemas de protección y/o justicia juvenil debido a comportamiento complejos, abruptos o disruptivos. Estos suelen ser producto de una dificultad en el manejo de las emociones, pensamiento o experiencias. El modelo ARC busca crear conciencia en los NNA respecto a sus experiencias a fin de fomentar las habilidades para identificar, comprender y gestionar sus experiencias y reacciones de manera adecuada (ARCframework, 2023). Así, los objetivos de este ámbito son:

a) Apoyar a los jóvenes en el desarrollo de la conciencia y la comprensión de los sentimientos, estados corporales y pensamientos y comportamientos asociados;

b) Ayudar a los jóvenes a desarrollar una mayor capacidad para tolerar y manejar la experiencia fisiológica y emocional; y

c) Aumentar la tolerancia y la habilidad para establecer conexiones relacionales.

3. Competencias para la resiliencia

El tercer ámbito del modelo ARC busca desarrollar competencias para el desarrollo de la resiliencia. Así, más que solo reducir las patologías ligadas a la exposición al trauma, el modelo

ARC busca potenciar los resultados positivos a través de los siguientes objetivos (ARCframework, 2023):

a) Aumentar las oportunidades de elección y empoderamiento, y la habilidad para reconocer los puntos de elección y para tomar decisiones eficaces.

b) Identificación y exploración de una serie de aspectos del yo y de la identidad, y creación de coherencia mediante el desarrollo de una narrativa en torno a experiencias vitales clave, incluidas las exposiciones traumáticas.

Cada uno de estos ámbitos incluye objetivos específicos y habilidades a trabajar, las cuales son presentada en la tabla 10

Tabla 10: Attachment, Regulation, and Competency (ARC)

Ámbito de Intervención	Objetivos Específicos	Habilidades Claves a desarrollar
Apego	Gestión del afecto del cuidador	Educación, normalización y validación del trauma
		Identificar situaciones difíciles
		Desarrollar habilidades de autocontrol
		Mejorar el autocuidado y el apoyo
	Sintonización	Sintonización paralela con los cuidadores
		Apoyar la curiosidad activa
		Utilizar la reflexión para reflejar la experiencia del niño
		Integrar las habilidades de sintonización en el apoyo a la regulación juvenil
	Respuesta Eficaz	Identificar proactivamente las conductas objetivo
		Utilizar la sintonización para identificar los patrones de conducta
		Utilizar estrategias de actuación (satisfacer las necesidades, apoyar la regulación) para reducir y abordar las conductas identificadas
		Identificar, experimentar y mejorar las estrategias de respuesta conductual que aumentan la seguridad de los jóvenes y del entorno
Regulación	Identificación	Lenguaje de las emociones y la excitación
		Conexión de las emociones, las sensaciones corporales, el comportamiento y la cognición
		Contextualización de las emociones/excitación a la experiencia interna y externa
		Lectura precisa de la expresión emocional de los demás
	Modulación	Comprensión de los grados de energía y sentimiento

		Comprensión de los estados cómodos y efectivos
		Exploración de los estados de excitación y desarrollo de la agencia sobre las herramientas
		Apoyo y facilitación de estrategias que conduzcan con éxito al cambio de estado
	Expresión	Explorar los objetivos de la expresión; sentirse cómodo y seguro en la relación
		Identificar/establecer recursos para una expresión segura
		Desarrollar habilidades para apoyar el uso eficaz de los recursos
		Facilitar la autoexpresión
Competencia	Funciones ejecutivas	Reconocimiento activo de la capacidad de elegir
		Evaluación activa de situaciones adecuada a la edad
		Capacidad de inhibir la respuesta
		Capacidad para generar y evaluar posibles soluciones
	El Yo y la identidad	Identificar atributos personales
		Construir recursos internos e identificación de aspectos positivos del yo
		Construir un sentido del yo que integre experiencias pasadas y presentes, e incorpore múltiples aspectos del yo
		Capacidad de imaginar y trabajar hacia metas/resultados futuros.

Fuente: Tabla traducida a partir de (Blaustein & Kinniburgh, 2017)

En cuanto a las evaluaciones disponibles, el Modelo ARC posee una base preliminar de evidencia que apoya la intervención en una serie de entornos y subpoblaciones (Arvidson et al., 2011; Association of Children's Residential Center, 2017; Blaustein & Kinniburgh, 2017; Hodgdon et al., 2015; Vidal et al., 2019).

El mayor volumen de evaluaciones disponibles se centra en intervenciones ambulatorias de carácter no experimental. A partir de análisis multinivel, Hodgdon et al., (2015) encontraron que los jóvenes intervenidos mostraron una disminución significativa de los síntomas del trastorno de estrés Post Traumáticos (TEPT) , así como una reducción de los síntomas conductuales generales, tales como agresividad, impulsividad, depresión, entre otros.

También se han observado resultados positivos en niños, niñas y adolescente en el sistema de cuidado alternativo. A partir de una muestra de niños entre 0 y 12 años en Alaska, Estado Unidos, Arvidson et al., (2011), observaron que aquellos jóvenes que completaron la intervención mostraron un descenso significativo en sus problemas generales de conducta. A su vez, el 92% de aquellos que completaron la intervención lograron la colocación permanente (adopción, reunificación familias preadoptivas o biológica). Esta cifra es muy superior al porcentaje de

colocación permanente de los NNA en el sistema de cuidado alternativo de Alaska (40%) (Arvidson et al., 2011). Asimismo, en el contexto residencial, se han evidenciado mejoras en la internalización de problemas conductuales, y una disminución de las percepción de las dificultades de los NNA por parte de los cuidadores (Bartlett et al., 2018).

IV. Terapia de Sistemas de Trauma (TST)

La terapia de sistemas de trauma es un programa de tratamiento integral, para niños, niña y adolescentes que han experimentado acontecimientos traumáticos y/o que viven en entornos con estrés continuo. Este programa está diseñado para atender las necesidades de un NNA que el verse expuesto a recuerdos traumáticos, tiene dificultades para regular sus emociones y su comportamiento, y a su cuidador/sistema de atención que no es capaz de proteger adecuadamente al joven o de ayudarle a gestionar esta desregulación (Ellis et al., 2012).

En cuanto a su población objetivo, el programa TST está dirigido a jóvenes de entre 4 y 21 involucrados con el sistema de protección infantil, ya sea en el sistema residencial o ambulatorio, como también en programas de prevención basados en la comunidad, entornos de justicia juvenil, programas basados en la escuela y programas para niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados. Debido al enfoque ecológico del programa, el sistema en donde el NNA se inserta también es parte de la población objetivo.

El objetivo general programa TST es mejorar el funcionamiento del entorno en donde se desenvuelve el NNA con historial de trauma a fin de mejorar su respuesta a este. Para esto, el programa TST busca:

1. Focalizar la evaluación y la planificación del tratamiento en ambos lados del sistema, en otras palabras, tratar de estabilizar el entorno social/sistema de atención, así como mejorar la capacidad del joven para regular sus emociones y su comportamiento.
2. Tratar de mejorar el funcionamiento de los organismos que prestan servicios a los jóvenes traumatizados en el sistema de bienestar infantil.

El modelo de intervención del TST se basa en el Modelo socio-ecológico planteado por Bronfenbrenner, (1981), el cual reconoce la complejidad del entorno social que rodea al individuo, y como las alternaciones en un área de la ecología de la persona puede generar problemas en otra. Partiendo de este planteamiento el modelo TST realiza intervenciones en dos áreas (Bronfenbrenner, 1981). En primer lugar, genera estrategias para modificar el entorno social y promover cambios que favorezcan la protección y la reparación, y por el otro, genera estrategias para mejorar la capacidad del individuo de autorregularse. Es decir, es tanto una intervención individual como sistémica. En términos prácticos esto implica que el modelo clínico está integrado en un modelo organizacional. Así, el TST describe no sólo lo que se hace clínicamente, sino también cómo integrar y orquestar las diferentes intervenciones clínicas para

que los niños reciban el nivel adecuado de atención, en el momento oportuno y de forma estrechamente integrada (A. D. Brown et al., 2013).

Para el desarrollo de este modelo de intervención, el TST plantea una serie de intervenciones disponibles, a partir del diagnóstico del NNA y su entorno. Los cuatros módulos de servicios principales del TST son (1) atención domiciliaria y comunitaria, (2) psicoterapia ambulatoria basada en habilidades, (3) psicofarmacología y (4) Desarrollo de habilidades. Cada servicio es proporcionado de manera separada por un profesional, los cuales forman un equipo multidisciplinario. En cuando a la forma de ejecución, el programa se estructura en torno a tres fases; (1) Tratamiento Centrado en la Seguridad, (2) Tratamiento Centrado en la Regulación, y (3) Mas allá del Tratamiento del Trauma.

Si bien originalmente el modelo TST fue diseñado como un modelo de intervención ambulatoria, varios servicios de cuidado alternativo residencial han adaptado este modelo al contexto residencial, evidenciando aportes significativos. A continuación, y a partir de la revisión sistemática de Brown et al., (2013), se presentan algunos de los beneficios de aplicar un modelo TST en el contexto residencial.

1. **Consolidación de un lenguaje de cuidado común.**

Uno de los primeros beneficios de implementar el modelo TST en el contexto residencial, es que permiten consolidar un lenguaje común para referirse a las conductas y experiencias de los NNA atendidos en el sistema. Así, bajo el modelo TST, lo que los operadores suelen denominar como "conductas negativas", "desequilibrios", "conductas disruptivas" o bien, "un/a NNA difícil" se comprende como una respuesta propia de la experiencia traumática. Cambiar la forma en que se definen estas situaciones, es el punta pie inicial para generar intervenciones que verdaderamente avancen hacia la reparación del daño.

Poseer un lenguaje común contribuye también a la identificación de los problemas prioritarios que aquejan a los NNA intervenidos, y con ello, al desarrollo de diagnósticos para el plan de intervención.

2. **Foco en el entorno social de la residencia**

Otro beneficio de la implementación del modelo TST en el contexto residencial, es que permite poner el foco en la importancia del entorno social propio de la residencia. Los NNA que habitan el contexto residencial, viven en un ámbito social único que muchas veces contribuye a la hora de generar o desencadenar recuerdos traumáticos y/o estresantes. Dada la estructura residencial, el funcionamiento del equipo como un sistema familiar sustituto, puede tener un profundo impacto en el bienestar y comportamiento de los NNA. Problemas de comunicación, expectativas y falta de normas influyen negativamente en el ambiente social donde se desenvuelve el NNA y ello afecta su proceso de recuperación.

3. **TST como un vehículo para el cuidado continuo**

Históricamente, dentro del contexto residencial, la intervención y el tratamiento han sido delegadas a un modelo de "consulta privada", donde cada profesional atiende al NNA bajo su

modelo y su estilo clínico. El modelo TST permite unificar el modelo de intervención de todos los profesionales involucrados en el contexto residencial. Para esto el TST cuenta con manuales y sesiones de capacitación, las cuales involucran no solo a los profesionales de las residencias, sino que también a los operadores y directivos del sistema de protección.

En relación a la evidencia disponible, las evaluaciones realizadas indican mejoras significativas en varias dimensiones de los síntomas psiquiátricos de las personas usuarias, así como cambios favorables en los entornos sociales de los niños, niñas y adolescente atendidos (Saxe et al., 2005). Asimismo, el estudio realizado por Ellis et al., (2012) evidencio que la regulación de las emociones, la estabilidad socioambiental y el funcionamiento/las fortalezas de los niños, niñas y adolescentes mejoraron significativamente con el tratamiento. A su vez, el número de NNA que necesitaron servicios de estabilización de crisis, se redujo a los 15 meses en más de la mitad, entre aquellos que completaron la intervención.

En relación al proceso de implementación del modelo TST, a partir de un estudio longitudinal, Murphy et al., (2017) evaluaron los efectos a nivel individual y sistémico de la implementación del programa TST en el contexto residencial, identificando que los efectos positivos de la ejecución del modelo TST son producidos tanto por aquellos profesionales de trato directo (cuidadores, terapeutas, etc.), como por aquellos trabajan desde mayor distancia (supervisores de gestores de casos y coordinadores de servicios familiares). Esto sugiere que no existe un único profesional fundamental para proporcionar una atención informada sobre el trauma, sino que más bien es la confluencia de habilidades de un equipo multidisciplinario lo que produce mejores resultados (Murphy et al., 2017).

V. Structured Psychotherapy for Adolescents Responding to Chronic Stress (SPARCS)

Finalmente, el modelo SPARCS es un tratamiento grupal manualizado de 16 sesiones, diseñado para mejorar el funcionamiento emocional, social, académico y conductual de los adolescentes expuestos al trauma complejo y/o crónico. Este modelo busca responder a las dificultades que experimentan los jóvenes traumatizados, tales como la regulación del afecto, la impulsividad, la autopercepción, las relaciones interpersonales, la somatización, la disociación, y la evitación entre otros (CEBC, 2023).

El enfoque de intervención del modelo SPARCS se centra en los principios cognitivo-conductuales, y enseña habilidades para potenciar la resiliencia personal. El curriculum del modelo SPARCS incluye las siguientes técnicas de trabajo (1) terapia dialéctica conductual (DBT), (2) terapia de componentes de trauma y duelo (TGCT), y (3) terapia de grupo para la recuperación adaptativa al trauma (TARGET) (CEBC, 2023).

A partir de los anterior, los objetivos del modelo SPARCS son los siguientes**:**

1. Cultivar la conciencia a través de la atención plena

2. Hacer frente con eficacia utilizando la tolerancia a la angustia y las habilidades de resolución de problemas
3. Conectar con los demás mediante el desarrollo de fuentes de apoyo y la práctica de una comunicación eficaz.
4. Crear significados y propósito mediante la identificación de los valores subyacentes y la toma de decisiones basadas en esos ideales.

Para dar respuesta a estos objetivos, el modelo SPARCS se estructura en torno a siete componentes centrales, los cuales son descritos en la tabla 11

Tabla 11: Componente principales Modelo SPARCS

Componentes modelo SPARCS	Descripción
Práctica del "Mindfulness"	En cada sesión de practica el "mindfulness". Mediante el uso de técnicas de Mindfulness, los miembros aumentan su conciencia de los estados internos (pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas e impulsos) y de las experiencias externas (lo que ocurre a su alrededor y en sus relaciones). Los miembros aprenden cómo el entorno les afecta emocional, cognitiva y fisiológicamente, y toman conciencia de sus propios "desencadenantes" internos y externos.
Habilidades de comunicación y creación de relaciones	Los líderes de grupo enseñan habilidades para fomentar relaciones más sanas y comunicarse más eficazmente. Para esto se aplica un modelo llamado "Make a Link", el cual se enseña didácticamente a través de juegos de rol diseñados para ayudar a los participantes a aprender a comunicar sus necesidades, abordar los conflictos y decir "no" cuando esté justificado.
Tolerancia al Estrés	Las habilidades de tolerancia a la angustia, adaptadas de la Terapia Dialéctica Conductual, se enseñan para ayudar a los adolescentes a tolerar experiencias estresantes que no pueden cambiar inmediatamente, sin reaccionar de forma que empeore la situación.
Resolución de problemas y búsqueda de sentido	Los líderes de grupo enseñan pasos para la resolución de problemas. Para esto se utiliza el modelo "Let Me Go", el cual incluye una secuencia de habilidades para afrontar activamente la angustia actual desencadenada por experiencias traumáticas.
Psicoeducación sobre el estrés, los traumas, los desencadenantes y las formas de afrontarlos	Los debates en grupo incluyen psicoeducación sobre las reacciones habituales al estrés y al trauma, los desencadenantes y los tipos de estrategias de afrontamiento que utilizan los jóvenes en respuesta a estas experiencias.

Fuente: Tabla traducida a partir de (CEBC, 2023).

En cuanto a las evaluaciones disponibles, Weiner et al., (2009) evaluaron la implementación del programa en una muestra de 216 NNA de entre 3 y 18 años insertos en programas de familias de acogida en Illinois, Estados Unidos. Sus resultados muestran una reducción significativa en los síntomas asociados al trauma. Sumado a esto Habib et al., (2013), estudiaron la implementación del modelo en el contexto residencial ("Group homes"), observando mejoras en los síntomas de ansiedad, depresión, dolencias físicas, relaciones sociales, impulsividad y conductas de riesgo. Asimismo, los síntomas asociados al trauma por estrés post traumático también disminuyeron, en comparación al grupo de control.

A continuación, se presenta una tabla resumen de los cinco modelos de intervención presentados (tabla 12)

Tabla 12: Modelos de intervención para el sistema de cuidado alterntivo residencial[25]

Nombre	Sanctuary Model	Children and Residential Experience CARE	Attachment, Regulation, and Competency (ARC)	Terapia de Sistemas de Trauma (TST)	Structured Psychotherapy for Adolescents Responding to Chronic Stress (SPARCS)
Lugar origen	Philadelphia, EEUU	South Carolina, EEUU	Boston, EEUU	Nueva York, EEUU	Nueva York, EEUU
Año inicio	1980	2005	2012	2001	2005
Organismo ejecutor	Sanctuary Institute	Residential Child Care Project	Trauma Center at Justica Resource Institute	N/A	NC Child Treatment Program
Entorno de implementación	• Atención ambulatoria • Atención residencial • Departamentos de Servicios Sociales • Entornos escolares • Centros de acogida (VIF, Situación de calle)	•Familias de acogida •Atención residencial •Entorno Escolar	• Ambientes Residenciales • Entornos Escolares • Entornos Hospitalarios	• Ambientes Residenciales Sistema Protección Infancia • Ambientes Ambulatorios Sistema Protección Infancia	• Ambientes Residenciales Sistema Protección Infancia • Ambientes Ambulatorios Sistema Protección Infancia
Población objetivo	Este programa no es una intervención específica para un cliente, sino un enfoque de todo el sistema que se dirige a toda la organización con la intención de mejorar la	Personal de atención infantil, personal clínico y administradores de agencias que trabajan con niños y jóvenes de 6 a 20 años que viven en entornos de	Sistemas organizativos, tales como residencias de cuidado alternativo, escuelas, entornos hospitalarios, entre otros, que trabajen con niños, niñas y adolescente (0-21 años) que hayan sufrido	Jóvenes de entre 4 y 21 involucrados con el sistema de protección infantil, ya sea en el sistema residencial o ambulatorio, con experiencias traumáticas. Debido al enfoque	Adolescentes traumatizados con un historial de exposición a traumas interpersonales crónicos (como abusos físicos continuados) y/o otros tipos de traumas (por ejemplo, violencia en la comunidad, agresión sexual), muchos de los cuales

[25] Los cinco programas seleccionados han sido evaluados y validados por diversas instituciones de Infancia a nivel internacional , en particular fueron destacado por la organización "California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare", la cual tiene por objetivo avanzar en la aplicación efectiva de prácticas basadas en la evidencia para los niños, niñas y adolescentes y sus familias que participan en el sistema de bienestar familiar, y proporcionan un ranking de distintas iniciativas basadas en la evidencia.

	atención y los resultados de los clientes. En el contexto residencial trabaja sobre NNA, Padres o cuidadores y Equipos interventores.	atención grupal y residencial	experiencia de trauma complejo y/o crónicos, y sus familias o redes de apoyo.	ecológico del programa, el sistema en donde el NNA se inserta también es parte de la población objetivo.	siguen viviendo con un estrés continuado y en entornos inestables y/o adolescentes traumatizados complejos con o sin TEPT actual/de por vida.
Objetivo General	Crear un entorno informado y sensible al trauma en el que puedan aplicarse eficazmente intervenciones específicas centradas en el trauma.	Mejorar la dinámica social en los entornos de atención residencial mediante el desarrollo específico del personal, la práctica reflexiva continua y la toma de decisiones basada en datos.	Apoyar a NNA, padre, y/0 cuidadores a instalar un enfoque informado del trauma, y apoyar el proceso de recuperación de los NNA expuestos a experiencias traumáticas	Mejorar el funcionamiento del entorno en donde se desenvuelve el NNA con historial de trauma a fin de mejorar su respuesta a este.	Responder a las dificultades que experimentan los jóvenes traumatizados, tales como la regulación del afecto, la impulsividad, la autopercepción, las relacione interpersonales, la somatización, la disociación, el adormecimiento y la evitación.
Tipo de Intervención	Se trata de un modelo organizacional que da forma al entorno de tratamiento, ofrece algunas herramientas clínicas y se utiliza de forma continua una vez implantado.	Se trata de un modelo de programa integral para toda la agencia. Los principios básicos del programa se incorporan a la cultura de la organización y guían sus intervenciones y su filosofía de tratamiento de forma permanente. La implementación dura entre 3 y 4 años.	Modelos organizativo e intervención clínica para apoyar la atención información del trauma. Es una intervención flexibilizada a los distintos sistemas que trabajen con NNA.	Es un modelo organizativo que busca integrar diferentes intervenciones clínicas para que los NNA reciban una atención adecuada, en el momento oportuno y de una forma que les permita mejorar sus respuestas a sus experiencias traumáticas	El enfoque de intervención del modelo SPARCS se centra en los principios cognitivo-conductuales, y enseña habilidades para potenciar la resiliencia personal. El curriculum del modelo SPARCS incluye las siguientes técnicas de trabajo (1) terapia dialéctica conductual (DBT), (2) terapia de componentes de trauma y duelo (TGCT), y (3) terapia de grupo para la recuperación adaptativa al trauma (TARGET)

Componentes	1. Pilar Teórico de teoría del trauma 2. Siete compromisos para mitigar los daños del trauma en la cultura organizacional y crear un ambiente seguro. 3. Modelo SELF para la resolución de problemas 4. Sanctuary tool Kit: herramientas prácticas (individuales y comunitarias) para desarrollar habilidades de regulación de las emociones de los individuos y construir factores de protección en la comunidad.	1. Modelo práctico con 6 valores centrales • Basado en ,la relación • Basado en el trauma • Centrado en el desarrollo • Centrado en las competencias profesionales 2. Liderazgo comprometido que guíe y facilite la formación y asistencia técnica para la implementación e incorporación de estos principios.	1. Apego: fortaleces sistema de cuidado 2. Regulación: desarrollar capacidades de auto regulación en los NNA 3. Competencias para la resiliencia Dentro de cada ámbito, se identifican "elementos básicos" para la evaluación y la intervención que a su vez se desglosan en subhabilidades clave.	TST presenta cuatro módulos de servicios: 1. Atención domiciliaria y comunitaria 2. Psicoterapia basa en habilidades 3. Psicofarmacología 4. Desarrollo de habilidades En cuando a la forma de ejecución, el programa se estructura en torno a tres fases; (1) Tratamiento Centrado en la Seguridad, (2) Tratamiento Centrado en la Regulación, y (3) Mas allá del Tratamiento del Trauma.	1. Practica del Mindfulness 2. Habilidades de comunicación y creación de relaciones 3. Tolerancia al Estrés 4. Resolución de Problemas y búsqueda de sentido 5. Psicoeducación sobre el estrés, los traumas, los desencadenantes y las formas de afrontarlos.
Indicadores de resultado	• Reducción de incidentes críticos • Reducción de las lesiones de NNA y personal • Mejora de la moral del personal • Reducción de la rotación del personal • Aumento de la seguridad física y personal del personal y de los NNA.	• Mejorar relaciones interpersonales NNA • Reducir incidentes de comportamiento de alto riesgo, como la agresión, destrucción de la propiedad y fugas. • Reducir el uso de sujeciones físicas	• Disminución de los síntomas del Trastorno de Estrés Post Traumático • Reducción agresividad, impulsividad, depresión • Disminución problemas generales de conducta	• Disminución síntomas psiquiátricos • Cambios favorables en los entornos sociales de los NNA • Mayor regulación y estabilidad emocional de los NNA • Disminución requerimientos de	• Reducción síntomas asociado al trauma • Reducción ansiedad, depresión, dolencias físicas, relaciones sociales, impulsividad

		• Mejorar rendimiento académico NNA. • Aumentar contactos entre NNA y sus familias.	• Aumento de la colocación familiar permanente.	servicios de estabilización clínica	

A modo de síntesis, en primer lugar, la evidencia disponible enfatiza la importancia de desarrollar modelos de intervención desde una mirada organizacional, es decir, no basta con un programa que trabaje exclusivamente con el sujeto de atención, sino que, dado el contexto residencial, la organización, el sujeto de atención y sus entornos deben ser permeados por los lineamientos y objetivos de intervención. A partir de esto, todos los modelos propuestos buscan ser marcos de acción, que permitan a las organizaciones avanzar en la protección efectiva de los NNA atendidos.

En segundo lugar, todos los modelos propuestos enfatizan que la atención efectiva de niños, niñas y adolescentes en el sistema de cuidado alternativo residencial requiere de un enfoque informado del trauma. Existe consenso de que el elemento que define a esta población, son sus experiencias traumáticas, y, por tanto, sus problemas, necesidades y comportamiento están demarcados éstas. Si bien la intensidad o características particulares asociadas a la experiencia traumática varían, según la evidencia disponible, todos los NNA involucrados en el sistema de cuidado alternativo residencial se beneficiarían de este enfoque. Debido a esto, los modelos propuestos plantean la importancia de consolidar comunidades informadas del trauma, que apoyen los procesos de recuperación y que los sistemas de protección especializados puedan efectivamente cumplir con ese objetivo.

Finalmente, las intervenciones propuestas por estos modelos permiten mejorar considerablemente la convivencia, los vínculos y los comportamientos de riesgo en las residencias, al asegurar un ambiente seguro y centrado en el apego, que favorece el desarrollo, protección y recuperación de los NNA y fortalece las competencias de los equipos.

5.2 Jóvenes en contacto con el sistema de justicia

Durante las últimas décadas los sistemas de protección de la infancia se han visto enfrentados a un sujeto de atención particular, a saber, aquellos adolescentes que, sumado a sus antecedentes proteccionales, han estado en contacto, en algún momento de sus vidas, con el sistema de justicia juvenil. Estos jóvenes han sido denominados en la literatura como **jóvenes con estatus dual**.

Debido a que la forma e intensidad del cruce entre sistemas difiere significativamente entre los adolescentes, a nivel internacional se han propuestos y consolidado tipologías para el estudio y trabajo con jóvenes con estatus dual (D. C. Herz et al., 2019). A continuación, se presentan los principales conceptos y definiciones:

1. **Jóvenes con estatus dual (*Crossover youth* en su término en inglés):** Jóvenes que han tenido contacto (a través de la derivación/ investigación y/o participación) tanto en el sistema de justicia como de protección infantil. Debido a que el momento en que estos jóvenes entran en contacto con los sistemas de protección y justicia juvenil difieren, los casos de estatus dual se dividen en dos categorías

a. **Jóvenes con doble contacto:** Jóvenes que tiene contacto con el sistema de protección infantil y sistema de justicia juvenil, más el contacto entre sistemas no es simultaneo.
b. **Jóvenes con doble participación:** Jóvenes que han estado en contacto con el sistema de protección infantil y de justicia juvenil, y el contacto en ambos sistemas ha sido simultaneo.

2. **Jóvenes con atención simultánea:** Jóvenes que están actualmente bajo tutela del sistema de protección infantil y bajo supervisión formal del sistema de justicia juvenil.

Cabe destacar que aun cuando existen particularidades en los problemas y necesidades de cada una de estas poblaciones, a fin de facilitar el análisis en este apartado se utiliza el término "Jóvenes con Estatus Dual" de manera indistinta.

A nivel internacional la evidencia disponible respecto a los jóvenes con estatus dual es limitada, y se concentra en los países anglosajones[26]. A pesar de esto, durante los últimos 10 años varios estudios han indagado la prevalencia, experiencias y características particulares de esta población (Baidawi & Sheehan, 2019; Dannerbeck & Yan, 2011; D. C. Herz et al., 2019; Kennedy, 2019; Kolivoski et al., 2017; Sheehan, 2019b).

Debido a que no existe una única terminología ni un enfoque único, para identificar a los jóvenes con doble estatus, la estimación de su prevalencia varía significativamente de un estudio a otro. La mayoría de los estudios utilizan datos administrativos, y centran el estudio de cohortes con distintos puntos de partida o ingreso a los sistemas (Baidawi & Sheehan, 2019; Cutuli et al., 2016; Kolivoski et al., 2014, 2017).

Los análisis prospectivos que siguen una muestra de jóvenes en el sistema de protección y evalúan cuantos de estos ingresan al sistema de justicia juvenil, reportan que entre un 9% y 25% de los jóvenes en el sistema de protección ingresan eventualmente al sistema de justicia juvenil (Cutuli et al., 2016), siendo mayor la prevalencia entre aquellos adolescentes con más factores de riesgo y de mayor edad (16 y 18 años) (Baidawi, 2019). Por su parte, los estudios retrospectivos que utilizan muestras de jóvenes en el sistema de justicia juvenil e identifican cuantos de estos han tenido contacto previo con el sistema de protección, reportan que entre el 30% y 70% de los jóvenes poseen antecedentes proteccionales (Baidawi, 2019). Es decir, entre uno y dos tercios de los jóvenes en el sistema de justicia juvenil, han tenido contacto con el sistema de protección (D. C. Herz et al., 2019; Lee & Villagrana, 2015).

A nivel agregado en Estados Unidos, dos tercios de los jóvenes atendidos en alguno de estos sistemas, pertenece también al otro, haciendo del estatus dual, la *norma de facto* para la prestación de servicios a la infancia (Vidal et al., 2019, p. 2). En el caso de Chile, como se presentó en el

[26] Principalmente en Estados Unidos, Australia, Reino Unido y Canadá.

apartado IV, el 11% de los jóvenes en protección han tenido algún tipo de contacto con el sistema de justicia juvenil, ya sea antes, durante o después de su ultimo egreso de la red de protección.

5.2.1 Características y experiencia de los jóvenes con estatus dual

5.2.1.1 Variables demográficas

En cuanto a las variables demográficas de esta población, los estudios muestran que los jóvenes con estatus dual se centran la población masculina de entre 15 y 18 años (D. C. Herz et al., 2019).

La variable género es de interés con esta población, ya que, si bien, la mayoría de los jóvenes con estatus dual son hombres, en varios de los países estudiados las mujeres con estatus dual estarían sobrerrepresentadas, en comparación a la población femenina en justicia juvenil (Lee & Villagrana, 2015; Ryan et al., 2013). Es decir, parte importante de las mujeres que ingresan al sistema de justicia juvenil poseen antecedentes proteccionales, lo que implicaría que, para las mujeres, la experiencia de vulneración es un factor relevante a la hora de explicar sus conductas delictuales. Como se mencionó en el apartado IV, esto se condice con los datos de Chile, levantados en el apartado de análisis cualitativo de este estudio.

5.2.1.2 Salud Mental

En relación a las necesidades de salud mental, en comparación a sus pares en el sistema de justicia que no han tenido contacto con el sistema de protección, los jóvenes con status dual presentan mayor consumo de drogas y problemas de salud mental (Dannerbeck & Yan, 2011; Lee & Villagrana, 2015). En un estudio realizado por Ryan et al., (2013) en el estado de Washington, Estados Unidos, el 63% de los jóvenes con estatus dual de la cohorte estudiada presentaron diagnósticos por problema de salud mental, cifra que baja a un 20% entre aquellos jóvenes que solo son atendidos por el sistema de justicia juvenil.

5.2.1.3 Antecedentes educacionales

En el ámbito educacional, los jóvenes con doble estatus tienen más probabilidades de experimentar problemas académicos que los jóvenes implicados en solo un sistema, principalmente relacionados a la baja escolaridad, baja asistencia escolar, y bajo rendimiento (Hirsch et al., 2018; Leone & Weinberg, 2012; Ryan et al., 2013).

5.2.1.4 Entornos Familiares

Otra característica de los jóvenes con estatus dual es que tiene mayor probabilidad de provenir de entornos familiar desfavorecidos, poseer relaciones familiares más inestables y menor apoyo social, en comparación a los jóvenes que solos están implicados en el sistema de justicia juvenil (D. C. Herz et al., 2019; Ryan et al., 2013; Vidal et al., 2019).

5.2.1.5 Contacto con el sistema de protección

La forma en que estos jóvenes toman contacto con el sistema de protección es diferente que la de aquellos jóvenes que solo transitan por un sistema. Los jóvenes con estatus dual experimentan más derivaciones y medidas de cuidado alternativo que aquellos jóvenes que nunca han tomado contacto con el sistema de justicia juvenil. De acuerdo con el estudio de Citizens for Juvenil Justice, (2015), los jóvenes con estatus dual, presentan historias de institucionalización más complejas, que aquellos jóvenes que solo son parte del sistema de protección. En dicho estudio, mientras el promedio de medidas de cuidado alternativo de los jóvenes en el sistema de protección de Massachussets es de 3, el 40% de los jóvenes con estatus doble presenta más de 6 colocaciones fuera del hogar, y el 15% más de 11.

5.2.1.6 Trayectorias Delictual y Contacto con el sistema de protección y justicia juvenil.

Al ahondar en las características de su historial criminal, los jóvenes con estatus dual presentan trayectorias delictuales más complejas que aquellos jóvenes sin involucramiento en los sistemas de protección.

En primer lugar, estos jóvenes poseen un inicio delictual más temprano y asociados a delitos de mayor violencia, lo que se podría explicar por la asociación entre experiencias de maltrato, y/o abuso y una mayor probabilidad de violencia juvenil (Sousa et al., 2011). En segundo lugar, se evidencian altas cifras de infracciones contra procedimientos judiciales, principalmente incumplimiento de las condiciones de libertad bajo fianza, toques de queda, comparecencias ante el tribunal, entre otras. A nivel internacional esto se ha explicado a partir de la mayor vigilancia a la cual están sujeto los jóvenes con estatus dual, sobre todo aquellos en cuidado alternativo residencial (Baidawi & Sheehan, 2019; McFarlane, 2018).

Sumado a esto, diversos estudios observan que la probabilidad de arresto de los jóvenes con estatus dual es 3 veces mayor que la de jóvenes sin antecedentes proteccionales (Baidawi & Sheehan, 2019; McFarlane, 2018).

Después del arresto, también existe disparidad en las decisiones tomadas por las autoridades judiciales. En Canadá, Conger & Ross (2011), observan que las sanciones privativas de libertad son más elevadas entre los jóvenes con estatus dual, por no contar con adultos responsables o un lugar estable en donde cumplir una medida en libertad. Asimismo, Tam et al., (2016), presentan un resultado similar en la ciudad de los Ángeles, Estados Unidos, donde los jueces eran más propensos de colocar a los jóvenes con estatus dual en cuidado alternativo para la ejecución de su sanciones, por sobre medidas en el medio libre, en comparación a los jóvenes que sin casos de protección abiertos. Esto es explicado en parte, según los investigadores, a partir de un sesgo del sistema de justicia, que en algunos casos considera el historial de protección como factores agravantes en lugar de atenuantes en el contexto de la conducta delictual (National Juvenil Defender Center, 2015).

5.2.1.7 Resultados a Corto y Largo Plazo

Finalmente, los jóvenes con estatus dual también presentan peores resultados que aquellos que solo transitan por un sistema. En el corto plazo, presentan tasas de reincidencia tres veces más altas, que aquellos jóvenes sin antecedentes proteccionales (Baidawi & Sheehan, 2019; McFarlane, 2018). Asimismo, en el largo plazo, se ven enfrentados a barreras que dificultan su transición a la vida adulta, tales como menor probabilidad de estar empleado, mayor probabilidad de requerir asistencia social, y mayor probabilidad de poseer antecedentes penales de adulto (National Juvenil Defender Center, 2015).

A partir de todo lo anterior, la evidencia sostiene que los jóvenes con doble estatus difieren de los jóvenes en el sistema de protección de NNA, y de los jóvenes en el sistema de justicia juvenil en términos de demografía, nivel de riesgo, necesidades de servicio y uso de servicios (OJJDP, 2021).

5.2.2 Desafíos para el manejo de casos de jóvenes con estatus dual: Comunicación y colaboración interinstitucional.

Si bien la problemática en torno a los jóvenes con estatus dual posee múltiples dimensiones, a nivel internacional se reconoce que unas de áreas basales sobre las cuales intervenir es la limitada comunicación y coordinación entre los sistemas que atienden a estos jóvenes (D. Herz & Dierkhising, 2018). Así, si bien esta población está siendo atendida por dos sistemas, pareciera que ambos fallan a la hora de brindar los servicios necesarios, principalmente debido a que no se logra una atención integral y comprehensiva.

La evidencia disponible es robusta al establecer que los jóvenes con estatus dual son sujetos de atención sumamente complejos. Tal como se mencionó, en comparación a otros jóvenes en contacto con los sistemas de protección y justicia, estos poseen historias de vulneraciones más profundas, procesos de institucionalización más frecuentes, un inicio más temprano en la conducta delictual, un compromiso delictual mayor, y más factores de riesgo (Center for Juvenil Justice Reform, 2015; Cross & Whitcomb, 2017; Dannerbeck & Yan, 2011; W. Haight et al., 2016; W. L. Haight et al., 2014; Kolivoski et al., 2017; Sheehan, 2019a). Todo esto implica que las intervenciones tradicionales implementadas por cada uno de los sistemas son insuficientes, y que por ende el trabajo colaborativo es menester.

Históricamente a nivel mundial, tanto los sistemas de protección como de justica juvenil han presentado barreras significativas para el trabajo colaborativo. Cada organización posee lógicas, objetivos y procedimientos diferentes y en algunos casos contradictorios. Sumado a esto, debido a la imbricación de lógicas organizaciones, existe reticencia al cambio y adaptación de nuevas lógicas organizacionales. Asimismo, en el caso particular de la atención a jóvenes con estatus dual, la evidencia muestra cierta tendencia de ambos sistemas a responsabilizar al otro del manejo de estos casos, lo que en última instancia resulta en un desentendimiento de ambos sistemas (Sirois, 2023).

Respecto a este punto, Sirois, (2023) realizó un estudio de casos en California Estados Unidos, evaluando las reacciones de los representantes del sistema de protección y justicia juvenil frente a la decisión del tribunal a la hora de determinar si el primer responsable en un caso dual, debía ser el sistema de protección o justicia juvenil. Entre los resultados se destaca que en las audiencias la mayoría de los profesionales del sistema de protección abogaban por mayores controles coercitivos, mientras que desde justicia juvenil se abogaba por mayores estrategias de protección.

Así, según Sirois (2023) cuando los profesionales en el sistema de protección sienten que el joven con estatus dual a agotado los recursos a su disposición y pone en riesgo su propia gestión como profesionales, estos suelen hacer hincapié en la condición de delincuente del menor, responsabilizando al sistema de justicia. En el caso del sistema de justicia, se suele apelar a que los jóvenes son dependientes del sistema de protección y por ende deben ser atendido en sus dependencias (Sirois, 2023). En otras palabras, al verse desafiados por la complejidad de los casos, ambas instituciones desvían su responsabilidad.

Respuestas de Políticas Publica para la gestión interinstitucional de casos

Aun cuando la evidencia sobre los desafíos y necesidades de esta población ha crecido significativamente alrededor del mundo, las respuestas de política pública han sido limitadas. Aun así, diversos países han levantado iniciativas para favorecer la gestión de estos casos, focalizándose principalmente en superar la fragmentación existente entre los sistemas de protección y justicia juvenil. A continuación, se presentan algunas de las iniciativas levantadas en el mundo.

Escocia y Gales

El año 2014, Escocia y Gales reformaron la política de justicia juvenil, unificando los sistemas de protección y responsabilidad penal adolescente. Bajo el enfoque "Los niños primero, los delincuentes después", la reforma busco reforzar la noción de que la conducta delictual juvenil tiene su origen en las vulneraciones sufridas por dicho joven, y por ende, el sistema debe reconocen en primer lugar dichas vulneraciones, y en segundo la calidad de infractor (Welsh Government and Youth Justice Board, 2014). En la práctica esta reforma impulsó equipos de trabajo conjunto para los casos de estatus dual.

Nueva Zelanda

En Nueva Zelanda las iniciativas para impulsar el enfoque de la justicia terapéutica en el sistema de justicia juvenil tomaron fuerza durante la década de los 90. Dichas iniciativas buscaban subsanar las tensiones que enfrentaba el sistema de justicia juvenil para el trabajo con casos de estatus dual, donde, por un lado, los antecedentes de abuso y vulneración de los jóvenes los catalogaba como víctimas y por el otro, sus actos disruptivos exigían su responsabilización penal (Becroft, 2015). Sumado a esto, la falta de comunicación y gestión interinstitucional generaba problemas a la hora de definir qué sistema debía responsabilizarse del manejo del caso (Sheehan, 2019b). A modo de respuesta, durante el 2015 se introdujo la Lista Cruzada, para proporcionar un único juez con responsabilidad tanto en el tribunal de familia como en el de justicia juvenil.

Entre otras cosas, esta media ha permitido identificar más tempranamente a los jóvenes con estatus dual y facilitar la comunicación entre ambos sistemas ofreciendo una visión integral a las necesidades de los/as jóvenes (Becroft, 2015).

Australia

A partir del diagnóstico de que múltiples jóvenes atendidos por los servicios de cuidado alternativo ingresaban al sistema de justicia a partir de infracciones cometidas en el contexto residencial, el año 2015 se levantó el marco de acción para ***"Reducir la Criminalización de los Jóvenes en el Sistema de Protección Residencial".*** Esta iniciativa busca reducir el contacto de los jóvenes en el sistema de protección con el sistema de justicia juvenil, entregando lineamientos a los profesionales de ambos sistemas sobre alternativas a la judicialización, el enfoque informado del trauma, la gestión interinstitucional, entre otros (State of Victoria, Department of Health and Human Services, 2020). Entre otras cosas, la respuesta propuesta en este marco de acción, contempla la creación de protocolos de respuesta ante conductas disruptivas para los proveedores de cuidado residencial y las policías, prácticas de cuidado basada en enfoques del trauma, y practicas restaurativas para la resolución de conflictos (Sheehan, 2019b). Estas iniciativas han sido replicadas en Reino Unido y algunos países de Europa.

Estados Unidos

En Estados Unidos las políticas y programas para el trabajo con jóvenes con estatus dual varían significativamente entre estados. El Consejo Nacional de Justicia Juvenil identificó que al 2019, 18 estados habían adoptado políticas para centralizar el trabajo con estos jóvenes, favoreciendo la colaboración entre sistemas, y 7 estados unificaron ambas agencias en una solo organización (Vidal et al., 2019). Las principales iniciativas implementadas en el país han buscado combinar los departamentos administrativos del sistema de protección y justicia e implementar modelos prácticos para la gestión interinstitucional entre ambos sistemas. El modelo práctico más divulgado y con mayor evidencia es el ***Crossover Youth Practice Model (CYPM)***, creado por el Centro de Reforma de Justicia Juvenil de la Universidad de Georgetown, Washington.

A continuación, se presenta el detalle del modelo CYPM:

CrossOver Youth Practice Model (CYPM)

El Modelo CYPM fue creado por el Centro de Reforma de Justicia Juvenil de la Universidad de Georgetown en el año 2010**,** y es un modelo práctico para apoyar la labor de las agencias de protección y de justicia juvenil a fin de obtener mejores resultados para los jóvenes y las familias involucrados en estos sistemas.

Este modelo busca generar un cambio de cultura organizacional, permitiendo que los sistemas; (1) mejoren sus prácticas desde el momento en que un joven pasa de un sistema a otro hasta el cierre del caso dentro de cada sistema; (2) instituyan medidas preventivas que disminuyan el

número de jóvenes que pasan de un sistema a otro; y (3) alivien las disparidades en el tratamiento de los jóvenes atendidos por los sistemas (Center for Juvenil Justice Reform, 2022).

Para lograr esto, el foco principal es alinear los objetivos y procedimientos del sistema de protección de la infancia, el sistema de justicia juvenil y las cortes de familia.

El CYPM tiene cinco objetivos

1. Reducir el número de jóvenes que crucen entre el sistema de protección y de justicia
2. Mejorar la colaboración interinstitucional entre los sistemas, a fin de favorecer el bienestar y necesidades de los jóvenes con estatus doble.
3. Reducir el número de jóvenes en cuidado alternativo
4. Reducir el número de jóvenes en cuidado alternativo residencial.
5. Reducir la sobrerrepresentación de los jóvenes de color en la población de estatus dual

Implementación del Modelo CYPM

La población objetivo del modelo CYPM son los jóvenes con doble estatus o atención simultánea, tanto de aquellos que transitaron desde el sistema de protección hacia el sistema de justicia juvenil y viceversa. El proceso de implementación radica en la consolidación de una estructura de gestión de casos colaborativa, la cual involucra al joven, su familia, y los operadores de ambos sistemas. El Modelo está estructurado en fases que se alinean con la trayectoria de un joven que cruza del sistema de bienestar infantil al sistema de justicia juvenil, ya que este es el camino más común recorrido por los jóvenes que cruzan entre sistemas (Center for Juvenil Justice Reform, 2022). A continuación, se presenta un resumen de las fases del modelo CYPM:

I. Fase 1: Arresto, Identificación y Detención y Definición de plan de acción

La primera fase refiere al arresto e ingreso de un nuevo caso al sistema de justicia juvenil. En este punto, el modelo contempla la creación de protocolos conjuntos entre las agencias, para identificar a los jóvenes con estatus dual en el primer contacto, a fin de establecer canales de colaboración continua entre agencias (Center for Juvenil Justice Reform, 2022). .

A partir de este punto, un equipo conjunto e interinstitucional a cargo del caso de el/la joven con doble estatus deciden sobre los cargos y si el caso será archivado, remitido el tribunal o derivado al sistema de justicia juvenil. EL modelo CYPM plantea un cambio en la forma en que la decisión sobre sanciones se ejecuta, favoreciendo el trabajo colaborativo. Antes de cualquier decisiones se deben realizar reuniones interinstitucionales donde se discuta sobre (1) la naturaleza de la ofensa (2) las actitudes y estado emocional del joven (3) las dinámicas familiares, (4) el estatus educacional del joven (5) cualquier otro input de los operadores del sistema de protección que atienden al joven y su familia (Center for Juvenil Justice Reform, 2015).

¿Qué acciones concretas exige el Modelo CYPM en esta fase?

1. Implementar protocolos para que el sistema de justicia juvenil realice chequeos para identificar si la nueva admisión está involucrada activamente en el sistema de protección

2. En caso de una identificación positiva, el operador del sistema de justicia debe comunicarse con el gestor del caso en el sistema de protección, solicitando información y favoreciendo el trabajo colaborativo.
3. Realizar reuniones colaborativas e interinstitucionales para discutir el caso, y evaluar las medidas que favorecerán el interés superior del niño/a
4. El gestor de caso del sistema de protección debe atender a las audiencias o procedimiento del joven, desde la detención hasta el cierre del caso.
5. Asegurar que el gestor de caso del sistema de protección y el gestor de caso del sistema de justicia juvenil mantengan contacto en todo momento.
6. Establecer acuerdos normativos que permiten el intercambio de información relevante de los jóvenes y sus familias entre los sistemas.

II. Fase 2: Evaluación conjunta y planificación coordinada de la gestión del caso

Esta fase explora la asignación del caso a través de los sistemas para el procesamiento judicial, la exploración de opciones de asignación del caso a los tribunales y la utilización de procesos de evaluación conjunta y planificación coordinada través de los sistemas (Center for Juvenil Justice Reform, 2022). En esta fase, se hace hincapié en una serie de funciones de gestión de caso que deben realizarse de forma colectiva. Esto implica favorecer el intercambio de información y tomar dediciones de forma conjunta.

Tradicionalmente, los jóvenes con estatus dual se ven sujetos a múltiples procesos evaluativos liderados por las agencias de protección, justicia juvenil, salud, abuso de sustancias, entre otras. Estos sistemas pocas veces trabajan de manera articulada, y casi nunca discuten los diagnósticos ni planes de tratamiento, por lo que muchas veces las estrategias y objetivos de intervención se sobreponen o hasta contradicen. EL modelo CYPM propone la realización de evaluaciones conjuntas, utilizando instrumentos de evaluación estandarizados y comunes a todas las instituciones del sistema, que reduzcan duplicidad de diagnóstico y planes de intervención.

Medidas de Cuidado alternativo con Jóvenes con estatus dual

La investigación disponible ha demostrado que las medidas de cuidado alternativos residencial son un factor que contribuye a que los jóvenes crucen desde el sistema de protección al sistema de justicia juvenil, y que dicha medida de internamiento, no suele ser la forma de intervención más eficaz para los jóvenes con estatus doble (Center for Juvenil Justice Reform, 2015; Ryan et al., 2008).

A partir de este diagnóstico, el Modelo CYPM enfatiza la importancia limitar el uso de medidas de cuidado alternativo residencial.

¿Qué acciones concretas exige el Modelo CYPM en esta fase?

1. Desarrollar un proceso de evaluación conjunto que incluya una visión integral de la vida del joven y su familia.

2. Desarrollar planes de caso coordinados que estén directamente relacionados con la evaluación conjunta, y que delimiten objetivos, intervenciones y acceso a prestaciones previamente acordada por el equipo interdisciplinario.
3. Las jurisdicciones donde se aplique el modelo deben comprometerse a limitar el uso de las medidas de cuidado alternativo residencial
4. En los casos donde se utilicen medidas de cuidado alternativo residencial, se debe garantizar la formación adecuada del personal residencial en técnicas terapéuticas y conductuales y asegurar que el Gestor de caso del sistema de protección y el gestor de caso del sistema de justicia juvenil mantengan contacto semanal, incluyendo a los equipos residenciales.

III. Fase 3: Gestión coordinada de casos y evaluación continua del progreso del caso

Esta fase se basa en la capacidad de planificación interinstitucional de casos creada en la fase II. En esta fase ambos sistemas buscan implementar el plan coordinado previamente, reforzando el uso de un enfoque Inter sistémico en el trabajo, mejorando los apoyos educativos y de salud proporcionados a través de los dos sistemas, y mejorando la participación de la comunidad (Center for Juvenil Justice Reform, 2022).

En cuanto a los métodos de supervisión coordinada de casos, estos incluyen (1) unidades especializadas de gestión y supervisión interinstitucional, (2) equipos multidisciplinarios de gestión de casos, (3) formación especializada para los gestores de caso, entre otros. Todos estos enfoques enfatizan la importancia de la comunicación y trabajado colaborativos entre ambos sistemas.

Ahora bien, el éxito de la supervisión coordinada de casos requiere del desarrollo de procesos administrativos que estructuren la alianza interinstitucional. Esto implica, en primer lugar, consolidar acuerdos normativos que delimiten los roles y responsabilidades de las agencias en los distintos procesos, que entreguen lineamientos para el intercambio de información, y que establezcan procedimientos para la resolución de conflictos y/o discrepancias. En segundo lugar, se deben generar procesos de capacitación y formación a todo el personal.

A fin de lograr el mejor resultado para los jóvenes involucrados es necesario identificar en cada sistema un punto de contacto primario, y a la vez, delimitar que agencia será el responsable primario en los diferentes aspectos del caso. Uno de los puntos más enfatizados por el modelo CYPM, es que independiente de que agencia sea el principal punto de contacto, ambos sistemas son responsables de participar en la gestión coordinada del caso (Center for Juvenil Justice Reform, 2022).

Una vez consolidada la alianza entre los servicios de protección y de justicia juvenil, dichas alianzas deben extenderse a los servicios de educación, salud, tratamiento por consumo de drogas, etc.

¿Qué acciones concretas exige el Modelo CYPM en esta fase?

1. Determinar qué sistema/agencia será el punto de contacto principal con la familia
2. Determinar qué sistema será el responsable principal de cada área del caso
3. Considerar, que independiente de quien es el responsable principal, ambos sistemas son responsables de la gestión coordinada del caso.
4. Crear o utilizar unidades dedicadas de gestores de caso en el sistema de protección y/o de justicia juvenil para el trabajo con jóvenes con doble estatus. Si esto no es posible utilizar otros métodos para aumentar la coordinación en la supervisión del caso.
5. Garantizar que el gestor de caso del sistema de protección y del sistema de justicia juvenil se comuniquen regularmente sobre el caso (Como mínimo una vez al mes).
6. Realizar reuniones formales interinstitucionales en las siguientes:
    a. Antes de las audiencias
    b. Cuando se registren cambios significativos en las dinámicas familiares
    c. Cuando se registre un cambio significativo en el estado del joven
    d. Cuando se solicite por el joven o su familia.

Resultados y evaluaciones del modelo CYPM

A la fecha existe poca evidencia de la efectividad de las políticas para favorecer la colaboración entre sistemas a fin de apoyar a los jóvenes con estatus dual. En parte, esto se debe a la dificultad de diseñar evaluaciones rigurosas y bien controladas dentro de estos complejos sistemas. Pese a esto, desde su inicio en 2010, el modelo CYPM ha recolectado información sobre el cumplimiento de objetivos. Los procesos de evaluación interno muestran que, en las jurisdicciones que han implementado el modelo, han disminuido el número de jóvenes que cruzan desde los servicios de protección hacia el sistema de justicia juvenil, y que aquellos que cruzan tiene un menor involucramiento. Asimismo, se ha reportado un menor uso de medidas de cuidado alternativo en los casos de jóvenes con doble estatus, y un mayor involucramiento en actividades prosociales (Center for Juvenil Justice Reform, 2015).

Sumado a esto, Haight et al., (2016) realizaron una evaluación externa de carácter cuasiexperimental donde se examinó el impacto del Modelo CYPM en los niveles de reincidencia en la conducta delictual. Dicho estudio encontró que las tasas de reincidencia eran más bajas entre los jóvenes que participaron del modelo CYPM (41%), en comparación a los grupos de control (48%). A partir de esta evaluación, la organización *California Evidence-Based Clearighouse for Child Walfare (CEBC),* denomino este modelo de intervención como `Prometedor´ y con Alta relevancia para le protección infantil.

Todas las experiencias internacionales previamente descritas surgen de la constatación de que los jóvenes con estatus dual requieren una atención integral y colaborativa entre los dos sistemas que lo acogen. Si bien la evidencia es limitada, se han definido ciertas respuestas, a nivel de gestión pública, para mejorar el trabajo con esta población en particular. Como se mencionó, el principal foco de estas estrategias se ha centrado en mejorar el trabajo colaborativo entre

instituciones para facilitar un manejo conjunto de los casos. A partir de este objetivo, la literatura disponible esboza esbozan las siguientes recomendaciones:

1. **Colaboración Interinstitucional:** La colaboración interinstitucional es la piedra angular para mejorar los resultados de los jóvenes con estatus doble. Las características particulares de estos jóvenes requieren una mirada integral, comprensiva e interinstitucional, y para esto el trabajo colaborativo es fundamental. Si bien implica modificar las lógicas internas de cada institución, la condicional de base para el trabajo con jóvenes con doble estatus es la colaboración administrativa entre los dos sistemas que atiende a esta población (Herz & Dierkhising, 2018).
2. **Liderazgo Judicial** El proceso de cambios de la cultura organización necesarios para el trabajo con jóvenes con estatus doble, requiere de un liderazgo comprometido y activo de los servicios de protección, tribunales y sistema de justicia juvenil (Herz & Dierkhising, 2018). Debido al peso de los tribunales sobre la operatividad del sistema de protección justicia juvenil, el liderazgo judicial es clave para marcar la pauta del trabajo colaborativo e Inter sistémico.
3. **Intercambio de Información:** El intercambio de información sobre los jóvenes que participan en varios programas genera efectos positivos a nivel del sistema y a nivel de caso particular. A nivel del sistema, compartir información agregada sobre los jóvenes con estatus dual, ayuda a comprender las tendencias y los patrones de los datos, lo cual apoya el proceso de cambios y adaptación cultura (Herz & Dierkhising, 2018). l. A nivel de caso, compartir información sobre el caso puede contribuir a una mejor planificación de la intervención, reducir la duplicidad de servicios, y aumentar la comprensión integral de las necesidades de cada persona usuaria (Herz & Dierkhising, 2018). A nivel administrativo el intercambio de información suele ser uno de los grandes desafíos, principalmente por trabas normativas.
4. **Recopilación de Datos:** La recopilación de datos se refiere a las actividades relacionadas con la recolección de información dentro de las jurisdicciones, sobre el número de jóvenes con estatus dual, y sus características (Herz & Dierkhising, 2018). . En el marco de la colaboración Inter agencias, la recolección de datos debiese estructurarse normativamente, y aplicarse atreves de instrumentos estandarizados y comunes.
5. **Formación y capacitación del Recurso Humano:** La colaboración en el manejo de casos de atención dual, requiere que el recurso humano operé de una forma nueva y diferente a la gestión tradicional. Para esto el personal debe ser sensibilizado y capacitado en la gestión interinstitucional, en los nuevos protocolos y procedimientos. Idealmente el proceso de capacitación debiese realizarse de manera conjunta entre los dos sistemas(Herz & Dierkhising, 2018). .
6. **Identificación de los jóvenes con estatus dual:** La base de la colaboración entre instituciones es la capacidad de identificar a los jóvenes con estatus dual de manera oportuna. Para esto, cada jurisdicción debe contar con un protocolo para evaluar todos los casos que ingresan al sistema e identificar su participación en el sistema de protección

o justicia juvenil. Este requiere acuerdos para el intercambio de información, y la implementación de instrumentos de evaluación homólogos. Una vez identificado el caso, los protocolos deben indicar los pasos a seguir para iniciar el contacto con el encargado del caso en la otra agencia a fin de dar inicio a la colaboración (Herz & Dierkhising, 2018).

7. **Proceso de evaluación conjunta:** Sin una evaluación exhaustiva del caso, es imposible identificar los servicios y prestaciones que este requiere. En el caso de los jóvenes con doble estatus, y debido a la complejidad de sus necesidades, es fundamental identificar los servicios apropiados para su intervención, y para esto el proceso de evaluación debe ser conjunto entre institucional (Herz & Dierkhising, 2018). Dado que cada sistema posee especializaciones particulares, es necesario identificar que institución será la encargada de brindar cada servicio, en base a las necesidades del joven.
8. **Gestión coordinada de casos y evaluación continua:** Para apoyar el éxito de los jóvenes con doble estatus, los organismos que atienden a los niños deben coordinar el proceso de planificación u ejecución de la intervención. Para esto el personal del sistema de protección y justicia juvenil encargado del caso deben mantener comunicación continua (Herz & Dierkhising, 2018). .

5.2.3 ¿Intervenciones especializadas para el trabajo con jóvenes con estatus dual?

Mas allá de las políticas para favorecer la colaboración en la gestión de estos casos, la evidencia disponible respecto a que tipo de intervención debiesen recibir estos jóvenes es sumamente limitada, y no existen lineamientos basados en la evidencia sobre programas específicos para trabajar con esta población (Vidal et al., 2019).

Esto se debe principalmente a que la información disponible sobre estos jóvenes es limitada, y la existente, no muestra diferencias radicales en sus necesidades con las de la en protección y/o justicia juvenil, sino que más bien se observa una exaltación de las necesidades ya atendidas por cada sistema (Mitchell, 2011).

A partir de los estudios de caracterización disponibles, los expertos sostienen que, a nivel de intervención, los jóvenes con estatus dual se beneficiarían de las intervenciones disponibles para los adolescentes con necesidades complejas (Dierkhising et al., 2019; Ungar, 2015).

En el caso de los jóvenes con estatus dual de menor edad con un primer involucramiento en el sistema de justicia, algunos expertos sostienen que los programas centrados en la familia podrían ser eficaces (Vidal et al., 2019).Entre estos destacn por ejemplo, (1) la Terapia Multisistémica, (2) la Terapia Funcional Familiar o (3) *Multidimensional Treatment Foster Care for Adolescents*[27].

En el caso de aquellos jóvenes mayores y con más involucramiento en ambos sistemas, las intervenciones debiesen centrarse también en el desarrollo de vínculos por fuera de la familia.

[27] Los tres programas antes mencionados son programas basado en la evidencia para el trabajo con niños, niñas, y adolescente y sus familias.

Tal como argumentan Vidal et al., (2019), el apoyo a las conexiones positivas con los adultos durante la adolescencia es un mecanismo potencial para prevenir los resultados negativos entre los jóvenes implicados en múltiples sistemas (pág. 14).

Sumado a esto, la evidencia disponible sobre jóvenes con estatus dual remarca que estos jóvenes se ven desproporcionadamente expuestos a traumas (Fehrenbach et al., 2022) Estos incluyen experiencias de maltrato, problemas familiares, muertes traumáticas o perdida de personas significativas, violencias en sus comunidades y escuelas, contactos con el crimen, entre otros (Fehrenbach et al., 2022, p. 2). Dadas estas experiencias, muchos jóvenes con estatus dual experimentan graves reacciones de estrés traumático, las cuales se manifiestan en problemas de comportamiento, emocionales, relacionales, de aprendizaje y/o de salud (Fehrenbach et al., 2022).

Debido a su nivel de exposición, los modelos de atención con enfoque informado del trauma se han mostrado efectivos para atender las necesidades de esta población (Association of Children's Residential Center, 2017; Bartlett et al., 2018; Hanson et al., 2016; James, 2011; Marion & Mann-Feder, 2020; Vitriol et al., 2020). En consistencia con la sección anterior, los cinco modelos detallados podrían ser implementados para el trabajo con jóvenes con estatus dual.

5.3 Consolidación de normas en el espacio residencial: aprendizajes de la psicología del desarrollo

La Psicología del Desarrollo es una disciplina dentro de la Psicología que estudia los procesos de cambio y estabilidad en todos los ámbitos del desarrollo humano y en cada una de las etapas del ciclo vital (desde el desarrollo intrauterino hasta el proceso de morir). Esto quiere decir, que revisa y analiza cómo los aspectos físicos, cognitivos y psicosociales influyen en las posibilidades de variación o estabilidad de cada ser humano, tomando en cuenta que la interacción genética/medioambiental es una variable que siempre se debe considerar.

Según Papalia (2017) entenderemos por ámbitos o aspectos del desarrollo el desarrollo físico al proceso de crecimiento del cuerpo y el cerebro, que incluye las pautas de cambio de las capacidades sensoriales, habilidades motrices y salud. En segundo lugar, el desarrollo cognitivo y el cambio de los procesos mentales, como aprendizaje, atención, memoria, lenguaje, pensamiento, razonamiento y creatividad. Finalmente, el desarrollo psicosocial se refiere a los procesos de cambio de las emociones, la personalidad y las relaciones sociales.

La adolescencia es reconocida como una de las etapas más desafiantes, en todo sentido. Bien son conocidos todos los cambios hormonales que desencadenan una gran variedad de nuevas manifestaciones corporales en la esfera de lo sexual (características sexuales secundarias), alargamiento de extremidades, llegada de menarquia en el caso de las mujeres, aumento de tamaño musculoesquelético, cambio de la voz, etc. Y al mismo tiempo una serie de cambios a

nivel psicosocioemocional, determinados principalmente por el proceso de búsqueda de identidad que todos los seres humanos vivenciamos en esa etapa del desarrollo.

Es precisamente en esta etapa de intensos cambios; que la vida de las personas que transitan por la adolescencia muchas veces se vuelve confusa y/o muy diferente a la que percibe el mundo adulto. Lo cual se va plasmando también a través de la teoría del desarrollo moral iniciada por Kohlberg, y actualmente enriquecida por la evidencia que sugieren "que la actividad moral es motivada no solo por las consideraciones abstractas de justicia, sino también por emociones como la empatía, la culpa y la angustia, así como por la internalización de las normas prosociales" (Eisenberg y Morris, 2004; Gibbs, 1991, 1995; Gibbs y Schnell, 1985, en Papalia 2017, p343).

Entonces como se puede observar tanto el desarrollo físico, mediado principalmente por los cambios hormonales, el desarrollo psicosocial con la búsqueda de identidad y el cognitivo con el desarrollo moral, son aspectos y procesos centrales en el desarrollo sano de un/a adolescente. Estos, deben ser mediados y facilitados por los cuidados cercanos tanto en comunicación como en establecimiento de normas y límites de parte de una figura adulta que sea reconocida como de confianza para el/la adolescente. El estilo de crianza conocido como el estilo con autoridad/autoritario, contendría para los investigadores de la psicología del desarrollo (Papalia 2017, Céspedes 2015, Baumrind 1991) dos dimensiones fundamentales para el sano desarrollo de NNA al cuidado de un/a adulto/a: un alto grado de comunicación y validación emocional y el establecimiento de límites y normas claras y consistentes. Es decir, poder relacionarse con el/la adolescente de una manera cercana, comprendiendo sus emociones y validándolas y al mismo tiempo teniendo como recurso orientador de las conductas, las normas y límites establecidos por cuidadores y transparentadas hacia los/as adolescentes.

5.3.1 Normas y límites en el desarrollo de los NNA

Uno de los elementos destacados por la psicología del desarrollo de la infancia y adolescencia dice relación con la importancia de las rutinas, normas y límites. Las normas son convenciones o expectativas que se imponen socialmente y delimitan el comportamiento en determinadas situaciones. En el proceso de desarrollo de la infancia, los adultos responsables fijan las normas y se instala un contrato de obediencia. Con el paso de los años, y en la medida en que los NNA consolidan su autonomía, estos comienzan a comprender y aceptar los fundamentos de las normas, y estas se transforman ya no en una obediencia impuesta, sino que en un principio ético o un valor superior (Céspedes, 2013).

Los límites, son reglas flexibles que los padres o cuidadores implantan en consonancia con los logros de autonomía del NNA a medida que éste va creciendo (Céspedes, 2013). Estos deben ser flexibles pero consistentes, viéndose modificados en forma gradual a medida que los NNA se acercan a la adolescencia.

Inculcar normas y límites en forma oportuna, aprovechando las etapas de desarrollo de la infancia y adolescencia tiene múltiples beneficios a largo plazo. Por ejemplo, fijar normas permite

a los NNA aprender a comportarse, manejando sus emociones y acciones en diferentes situaciones. Así, las reglas entregan un marco de referencias para los NNA, aportando lineamientos sobre las expectativas sociales de diferentes espacios y/o situaciones. A su vez, las normas y limites contribuyen al desarrollo del carácter y la personalidad, a la vez que establecen las condiciones para el desarrollo de la autodeterminación (Céspedes, 2013).

Durante la adolescencia, las normas y limites cobran especial relevancia. La adolescencia es una etapa clave en el desarrollo de las competencias cognitivas, sociales, de autonomía, autoestima e identidad. Durante esta etapa del desarrollo, los jóvenes sienten el deseo de tomar decisiones y decidir sobre sus intereses, siendo protagonistas de sus actos. El rol de los adultos cuidadores es acompañar dicho proceso, entregando espacios de autonomía demarcados por límites claros, que permitan que dicha emancipación se genere de manera segura y saludable (UNICEF, 2021). En última instancia, esto permite que el desarrollo de la autonomía sea progresivo.

A fin de que los limites sean efectivos, y permitan a los jóvenes potenciar el desarrollo de su autonomía progresiva, estos deben ser precisos, claros y consistentes. A su vez, debe haber claridad respecto a las consecuencias asociadas al incumplimiento de estos límites. Dichas consecuencias deben conservar una lógica racional, siendo proporcionales a la falta, y todos los adultos responsables deben presentar el mismo discursos respecto la aplicación de dichas consecuencias (UNICEF, 2021).

Este último elemento de consistencia, se torna clave a la hora de la legitimidad que los adolescentes otorgan a los límites y normas establecidas por adultos. Asimismo, el hecho que el establecimiento de las normas y límites sea consensuado, es decir que incorpore la voz y perspectiva de los adolescentes, facilita su incorporación. Finalmente, la percepción de las normas y límites sean justas y adecuadas, son un componente clave para su aceptación. Esto, es muchas veces lo que más cuesta implementar en contextos residenciales, dado que muchos adolescentes sienten que las restricciones que se les imponen son mucho más severas que las de los jóvenes que viven en contextos familiares.

5.3.2 Normas y limites dentro del sistema de cuidado alternativo residencial

Dado la profunda vulneración de derechos y trayectorias de trauma complejo de los niños, niñas ya adolescentes atendidos en el sistema de cuidado alternativo residencial, la formulación de normas de convivencias y rutinas cotidianas es clave. En el contexto residencial, en donde el proceso de intervención es un continuo, el núcleo del trabajo terapéutico se encuentra en la consolidación de ambientes de respecto y estabilidad. Para alcanzar esto, el espacio residencial debe estar estructurado, y los NNA deben tener pleno conocimiento respecto a las normas de convivencia del espacio en el cual se desenvuelven.

Si bien el principio de participación es fundamental, y todos los NNA deben ser escuchados y deben participar activamente en la construcción del espacio y ambiente residencial, en última

instancia, es responsabilidad de los adultos responsables presentarles a los NNA un espacio de recuperación.

En este proceso es de suma importancia reforzar que el control y el cuidado no deben presentarse en oposición, sino que son dos lados de una misma moneda. Fijar horarios de salida y entrada, limitar el uso de tecnologías, o instalar rutinas y espacios de conversación colectiva con todas las personas de la residencia, tiene por objetivo cuidar y favorecer los procesos de recuperación de los NNA. De la misma manera en que estos aspectos se regulan en contextos familiares, deben ser también incorporados en las residencias. Esto no sólo transmite a los jóvenes que están siendo cuidados y protegidos, sino también aporta la estabilidad necesaria que permite anteponerse a las consecuencias de la propia conducta, desarrollar mecanismos de auto-regulación, responsabilidad y agencia. Las reglas y normas que cumplen con las características anteriormente mencionadas son en general respetadas y el oposicionismo tiende a disminuir.

5.3.3 Desarrollo de las funciones ejecutivas y la rutina estructurada

El proceso de desarrollo de los niños, niñas y adolescentes trae consigo la consolidación de las funciones ejecutivas. Estas funciones ejecutivas, desarrolladas en las áreas prefrontales del cerebro, incluyen los procesos cognitivos asociados a la memoria, el autocontrol, la atención, la planificación, la multitarea, y las capacidades de adaptación a las experiencias vitales (UNICEF, 2021) . Debido a esto, son también denominadas "habilidades necesarias para transitar a la vida adulta".

Si bien todos los NNA nacen con el potencial de desarrollar estas habilidades, estas se fortalecen a través de las experiencias y la práctica. Para esto, las relaciones con los adultos cuidadores y/o responsables son claves, pues son estas figuras quienes proveen, a través de rutinas y normas, las oportunidades para el fortalecimiento de estas habilidades (Andrews et al., 2021). En el caso de aquellos NNA que han sido víctimas de abusos, negligencias, maltrato y/o experiencias traumáticas, este proceso de desarrollo se ve entorpecido, generando dificultades para resolver problemas analizando situaciones y buscando alternativas, dificultades para adaptarse a nuevos situaciones, falta de concentración, dificultades para regular emociones, falta de planificación y anticipación de las consecuencias de las acciones, escasa tolerancia a la frustración, entre otras (Berry et al., 2014; Moreno-Manso et al., 2020).

A partir de lo anterior, para favorecer la recuperación de estos NNA, se necesita de un espacio en donde se presenten las oportunidades para recuperar estas habilidades. Si bien esto requiere procesos de intervención terapéutica intensivos e integrales, las estructuras de la vida cotidiana dentro de las residencias juegan un rol central (Moreno-Manso et al., 2020).

Dentro del contexto residencial, la implementación de rutinas diarias personales, horarios de comida, responsabilidades y reglas básicas de convivencia, permiten consolidar regulaciones internas y recrear ambientes familiares. Asimismo, esto permite a los NNA reducir la incertidumbre, lo que a su vez reduce los comportamientos disruptivos y desafiantes e

incrementa la confianza de los NNA hacia su entorno (Mota et al., 2016; Porter et al., 2020). Todo lo anterior, favorece el desarrollo de las funciones ejecutivas necesarias para una sana transición a la vida independiente.

5.4 Recursos Humanos

A la hora de analizar los resultados y efectividad de los modelos de cuidado alternativo residencial, uno de los elementos más fundamentales refiere a los recursos humanos.

En la experiencia comparada, diversos estudios han reportado el profundo estrés, desgaste y agotamiento de dichos profesionales (McFadden et al., 2015, 2021; Ravalier et al., 2021; Turley et al., 2022). Esto, es definido como la experiencia del agotamiento físico, emocional y mental que puede surgir de la implicación a largo plazo en situaciones ocupacionales que son emocionalmente exigentes (McFadden et al., 2015, p. 2). Aun cuando el agotamiento puede producirse en cualquier ámbito laboral, debido a la carga laboral, las largas jornadas y la escasez de recursos, los trabajadores del sistema de protección son especialmente vulnerables (Biggart et al., 2022). En efecto, la tasa de agotamiento entre los trabajadores del sistema de protección es más alta, en comparación a profesiones similares tales como enfermeros/as y/o profesores/as (Curtis et al., 2010; Lloyd et al., 2002).

Las consecuencias del agotamiento laboral de los profesionales del sistema de protección también están sumamente estudias. A saber, mayor rotación profesional, inestabilidad residencial, y problemas adaptativos de los NNA (Curtis et al., 2010; Lloyd et al., 2002).

Si bien los factores que contribuyen, negativa o positivamente a los niveles de agotamiento son múltiples, la evidencia disponible ha destacado el efecto de ciertos elementos, los cuales se presentan a continuación.

5.4.1 Capacitación y preparación Laboral.

Uno de los factores que contribuye al agostamiento de los profesionales del sistema es la falta de capacitación y preparación para la labor que desempeñan. Los estudios disponibles evidencian como los trabajadores que han participado de más jornadas de formación, presentan tasas de retención mayor (McFadden et al., 2015). Esto se debe principalmente a un aumento en la autopercepción de sus capacidades y confianza en el trabajo a realizar.

5.4.2 Satisfacción laboral

La satisfacción o insatisfacción laboral también se ha mostrado relacionada al agotamiento de los profesionales del sistema de protección. Aquellos profesionales que sostienen desmotivación y frustración con su trabajó, y por ende insatisfacción laboral, suelen experimentar mayores niveles de estrés y agotamiento, físico y/o mental (Stalker et al., 2007). Entre algunos factores que se relacionan con la satisfacción laboral se encuentra al apoyo y la supervisión, la confianza entre colegas, y la disponibilidad de recursos necesarios para ejecutar las funciones de su rol.

5.4.3 Cultura y clima organizacional

Ligado a la satisfacción laboral, el clima y cultura organizacional también han sido estudiados como predictores de los niveles de estrés y/o agotamiento laboral entre los profesionales del sistema de protección. Algunos resultados indican que la percepción positiva de los trabajadores sobre sus equipos de trabajo, tiene efectos positivos en la tasa de retención, disminuyendo los niveles de agotamiento (Kyonne & Lee, 2015). Por su parte, Healy et al., (2009), observaron que una cultura organizacional pasiva y defensiva, genera un impacto negativo en los profesionales, sobre todo en aquellos con menos experiencia o que recién comienzan su carrera profesional. Asimismo, otros estudios han evidenciado que la ausencia de apoyo institucional desde la dirección, junto a la inexperiencia de los equipos y la falta de compañerismo aumenta significativamente los niveles de estrés de los equipos en residencias (Healy et al., 2009).

5.4.4 Carga Laboral

Múltiples estudios reconocen que la carga laboral es un factor predomínate del nivel de agostamiento, físico y mental, de los profesionales del sistema de protección (Dillenburger, 2004; Juby & Scannapieco, 2007; Van Hook & Rothenberg, 2009). En estos estudios, la alta carga laboral sumada a los bajos salarios afecta negativamente la autoestima de los trabajadores repercutiendo en sus niveles de agotamiento. Asimismo, el limitado acompañamiento y supervisión desde la dirección, reproduce en los profesionales sentimientos de abandono e invisibilización (McFadden et al., 2015) .

5.4.5 "Trabajo Emocional"

El trabajo social realizado por los profesionales de trato directo del sistema de protección impone grandes exigencias emocionales, lo que a menudo conduce a un agotamiento de los recursos emocionales (McFadden et al., 2015). Esto se debe principalmente a que el papel que desempeñan implica ser testigo de traumas y vulneraciones severas (Biggart et al., 2022).

El trabajo emocional, es definido como el esfuerzo que supone regular los sentimientos y las emociones para cumplir con los requisitos de un trabajo concreto (Hochschild, 1979). En el caso de los trabajadores del sistema de protección, su labor de cuidador requiere un profundo trabajo emocional, al lograr empatizar con los NNA atendidos, sin generar un involucramiento dañino para ambos. Este trabajo emocional implica un desgaste profundo de los profesionales, lo que muchas veces contribuye a aumentar los niveles de agostamiento y estrés.

5.4.6 Estrés por Trauma Secundario

Muchos de los profesionales que trabajan con niños, niñas y adolescentes vulnerados y expuestos a experiencias traumática, se ven afectados personalmente por el daño que el trauma ha ocasionado a los NNA y sus familias. Las reacciones producto de dicha afectación es denominado como estrés traumático secundario (ETS), e incluye todos los síntomas tradicionales del estrés post traumático, tales como recuerdos intrusivos, evasión, cambios abruptos de ánimo, reacciones físicas y emocionales disruptivas, entre otros.

La prevalencia del estrés traumático secundario entre los profesionales del sistema de cuidado alternativo trae consigo efectos negativos profundos. Entre ellos, un aumento de los conflictos al interior de las residencias y una sensación de frustración e impaciencia y hastió. En última instancia, esto limita la capacidad de los profesionales de realizar eficazmente su trabajo, repercutiendo negativamente en los niños, niñas y adolescentes atendidos (Fehrenbach et al., 2022).

5.4.5 Estrategias para apoyar la labor de los Recursos Humanos en los sistemas de cuidado alternativo residencial

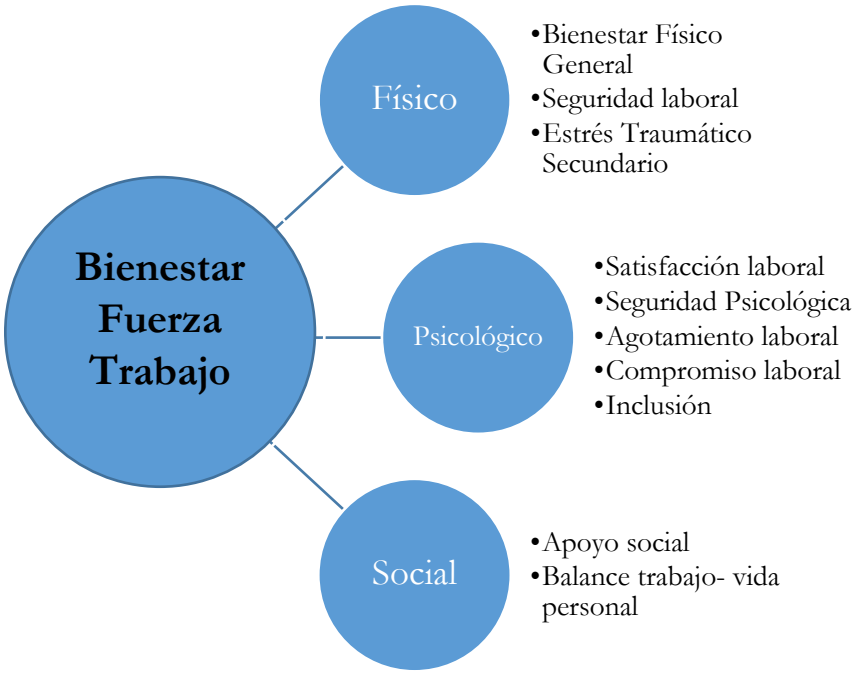
5.4.5.1 Modelos para evaluar y potenciar el bienestar de los trabajadores

Si bien como se acaba de presentar, los problemas que enfrentan los trabajadores de los sistemas de protección de la infancia están ampliamente documentados, son limitados los modelos o marcos de referencia de buenas prácticas, que tengan en cuenta las múltiples dimensiones del bienestar y protección de la fuerza laboral en este sistema en particular (Administration on Children, Youth, and Families, 2020).

Una de las innovaciones recientes es el modelo propuesto por Lizano et al., (2021), quienes desarrollan un marco holístico de bienestar de los trabajadores del sistema de protección, que permite identificar las principales áreas problemáticas, así como estrategias a implementar desde la dirección de los sistemas a fin de proteger y apoyar a sus trabajadores. El objetivo de este marco es evidenciar dichas áreas, a fin de que las agencias puedan implementar medidas preventivas, así como estrategias para proteger y apoyar a sus trabajadores. Muchas veces esto implica generar cambios a nivel de la cultura organizacional, potenciar la capacitación de los trabajadores y propiciar mayor colaboración y comunicación entre estamentos.

El modelo estructura los elementos del bienestar de los trabajadores del sistema de protección de la infancia, en tres ejes, a saber (1) Bienestar Físico, (2) Bienestar Psicológico, y (3) Bienestar Social (Ver esquema 1).

Esquema: Marco para el cuidado de la Fuerza de Trabajo de los Sistema de Protección de la Infancia



Fuente: Traducción a partir de Lizano et al., (2021)

I. Bienestar Físico

1. **Bienestar Físico General:** Si bien hay poca evidencia respecto a las características y problemas de salud de los trabajadores de los sistemas de protección, algunos estudios recientes han identificado problemas de fatiga aumento de peso, hipertensión, y jaquecas como el resultado de los altos niveles de estrés de la labor (Griffiths et al., 2018).

2. **Seguridad Laboral:** La seguridad laboral es definida como la ausencia de experiencias de violencia, físicas y/o psicológicas. En el caso de los trabajadores del sistema de protección, estos están expuestos a múltiples situaciones de violencia, entre las que destacan agresiones verbales, violencia física e incluso sexual (A. He & Grenier, 2020; Robson et al., 2014)

3. **Estrés Traumático Secundario (ETS):** Como se mencionó anteriormente, el ETS se define como las emociones y comportamientos que resultan de conocer un evento traumático experimentado por otro y trabajar para apoyar el proceso de recuperación de dicha persona traumatizada. En el modelo de Lizano et al., (2021), el estrés traumático secundario es catalogado como un problema de bienestar físico, por las respuestas fisiológicas asociadas. Si bien no existen estudios cuantitativos que permitan estimar la

prevalencia del ETS dentro de la fuerza de trabajo de los sistemas de protección, los estudios cualitativos con profesionales evidencian los efectos de estos síntomas en el desempeño laboral (He & Grenier., 2020)

II. Bienestar Psicológico

1. **Satisfacción Laboral:** La satisfacción laboral es un estado emocional positivo producto de la valoración del propio trabajo y/o de las experiencias laborales. Tal como se mencionó anteriormente, la satisfacción laboral tiene efectos significativos en el desempeño de funciones, tasa de retención profesional, y en el bienestar psicológico general (DePanfilis & Zlotnik, 2008; Mor Barak et al., 2006)

2. **Seguridad Psicológica:** La seguridad psicológica ha sido vastamente estudiada en el contexto de sistema de protección de la infancia, y se define como la sensación de poder mostrarse y emplazarse sin temor a consecuencias negativas para la propia imagen o el estatus profesional. En el caso de la fuerza de trabajo, estos perciben seguridad psicológica cuando tienen confianza de que no sufrirán represalias si comenten o un error, sino que más bien, la institución muestra un compromiso por identificar las causas sistemática del fracaso (Lizano et al., 2021). La seguridad psicológica genera efectos positivos en el trabajo en equipo, potenciando la confianza y la unidad laboral. Asimismo, ha reportado una diminución del agotamiento laboral, debido a la posibilidad delegar y apoyarse en el entorno (A. S. He et al., 2021).

3. **Agotamiento Laboral:** Como se definió anteriormente, el agotamiento laboral implica un desgaste profundo, físico, psicológico y emocional y se asocia a síntomas de agobio, disminución de la percepción de eficacia, estrés crónico, desmotivación y frustración. En los sistemas de protección de la infancia, el agotamiento laboral se asocia a menores niveles de realización personal, menos asistencia laboral y mayor rotación profesional (Pan, 2017; Strolin et al., 2006), lo que en última instancia implica peores resultados para los NNA atendidos.

4. **Compromiso Laboral:** El compromiso labor se define como un estado positivo, satisfactorio y afectivo emocional de bienestar, relacionado con el trabajo que se considera un antídoto del agotamiento laboral (Leiter & Bakker, 2010, p. 1). Los estudios disponibles evidencian que el compromiso y el agotamiento laborales están negativamente relacionadas. Es decir, que, a mayor compromiso laboral, menos el agotamiento (Goering et al., 2017).

5. **Inclusión:** Finalmente, la inclusión refiere al sentimiento de la fuerza laboral de ser parte formal e informalmente de la organización y sus procesos. En el contexto de los sistemas de protección, los sentimientos de inclusión se asocian a mayor retención y compromiso laboral (Kim & Kao, 2014).

III. Bienestar Social

1. **Apoyo social:** El apoyo social refiere a la existencia de canales de comunicación y redes de supervisión y asesoría abiertas entre la fuerza laboral y la dirección de la institución. Los estudios disponibles evidencian que la existencia de relaciones de apoyo y comunicación con los supervisores s relación a mejor desempeño laboral, menor agotamiento y mayor retención (Griffiths et al., 2018; Lietz & Julien-Chinn, 2017).

2. **Balance Trabajo – Vida Personal:** Finalmente en organizaciones, el balance trabajo y vida personal, refiere a la capacidad de conciliar las responsabilidades y necesidades familiares con las exigencia y expectativas laborales. Si bien la investigación es limitada, en el contexto de los sistemas de protección, se han observado tensiones en dicha conciliación, principalmente debido a la exigencia y responsabilidad de cuidado familiar asociado a las mujeres, quienes representan parte significativa de la fuerza laboral en estos sistemas (Lizano et al., 2014).

El modelo propuesto por Lizano et al., (2014) es útil para analizar el escenario del sistema de cuidado alternativo residencial chileno, pues los equipos profesionales reportan problemas en varias de las áreas identificadas por el modelo. A continuación, se presentan las principales áreas y problemas concretos reportados por los equipos residenciales (ver tabla 13).

Tabla 13: Ámbitos del bienestar de la fuera laboral problematizados por los equipos residenciales en Chile.

Ámbito del bienestar de la fuerza laboral	Detalle
Seguridad Laboral	Consistentemente los equipos reportan haber sido víctimas de actos de violencia física, siendo agredidos por los NNA. Esto genera temor en los profesionales, quienes reconocen que debido a la ausencia de lineamiento claros sobre como intervenir en estas situaciones, en ocasiones se han encerrado para protegerse.
Estrés Post Traumático	Los equipos sostienen sentirse agobiados por las experiencias de los NNA que atienden y la carga emocional que eso implica. Solicitan al Servicio espacios de descomprensión y apoyo emocional.
Seguridad Psicológica	En todas las residencias bajo estudio, los profesionales reportaron "miedo al sumario", es decir a las represalias o consecuencias negativas de sus actos y/o errores. En última instancia el miedo al sumario se traduce en una inacción de los equipos, quieren muchas veces no intervinieran en situaciones compleja por miedo a que sus acciones generen repercusiones negativas para su vida profesional.
Apoyo Social	En consistencia con el punto anterior, los equipos denuncian una desconexión del Servicio, argumentando que este no se hace presente para apoyar la resolución de conflictos cotidianos en las residencias. Todos los equipos sostienen que recibir más apoyo social, con mejores canales de comunicación y ayuda es crucial.
Agotamiento	Todos los profesionales consultados en este estudio reportan altos niveles de agotamiento laboral, principalmente debido a la alta carga laboral, la

	creciente rotación profesional, y la sensación, de que el modelo de intervención no está siendo efectivo, por lo que su labor no será "exitosa".
Balance Vida - Familia	A partir del punto anterior, los profesionales presentan dificultades para balancear sus vidas personales con sus responsabilidades profesionales, principalmente debido a las largas jornadas y las constantes situaciones excepcionales que emergen en el contexto residencial, y requieren de un mayor involucramiento, emocional y horario.

Mas allá de constatar las áreas del bienestar de los recursos humanos a evaluar, He et al., (2021, proponen una serie de estrategias que las organizaciones de protección a la infancia pueden implementar para proteger y apoyar el bienestar de sus trabajadores (ver tabla 14).

Tabla 14: Modelos Comprensivo del bienestar de la fuerza laboral del sistema de protección de la infancia.

Ámbito del bienestar de la fuerza laboral	Estrategias de intervención
Bienestar Físico	• Implementar las precauciones necesarias para mantener la seguridad física del personal, incluyendo investigaciones duales y conectividad para el personal, oficinas seguras, vehículos seguros y aparcamientos/lotes bien iluminados. • Identificar y abordar el estrés traumático secundario en la plantilla mediante la evaluación, la formación y garantizando la disponibilidad de servicios de salud mental para el personal y las intervenciones para el personal que ha experimentado un evento traumático. • Desarrollar un plan de autocuidado para todo el personal que incluya acciones concretas para mantener el bienestar físico y emocional, la identificación de síntomas de estrés traumático secundario y la utilización del tiempo de vacaciones y enfermedad.
Bienestar Psicológico	• Crear un clima organizacional psicológicamente seguro, en donde todo el personal se sienta tranquilo de tomar decisiones, aprender de los errores y preguntarse que ha fallado cuando sea necesario. • Crear oportunidades de desarrollo y formación profesional para el personal de todos los niveles, para garantizar que el personal adquiera las habilidades que necesita para ser eficaz en su trabajo. • Proporcionar los recursos necesarios para que le personal realice su trabajo, en particular cargas de trabajo razonables.
Bienestar Social	• Crear climas organizacionales inclusivos y equitativos al apoyo y recursos. • Garantizar que todo el personal tenga la oportunidad de una supervisión individual periódica y acceso a los apoyos laborales necesarios. • Identificar los principales problemas de compatibilidad laboral – familiar, y proporcionar soluciones efectivas.

	• Crear estructuras organizativas que utilicen enfoques de equipo, tanto para el flujo de trabajo y la eficiencia como también para el apoyo operativo entre compañeros.

En el caso del sistema de protección de la infancia chileno, es pertinente evaluar que estrategias son viables de implementar para mejorar el bienestar de los recursos humanos, y con ello, apoyar el proceso de los niños, niñas y adolescente atendido por el sistema.

5.4.1.2 Proceso de capacitación para los Recursos Humanos

Tal como indico anteriormente, la falta de capacitación y preparación de los profesionales del sistema de protección se asocia a mayores niveles de estrés y agotamiento en los equipos, lo que en última instancia repercute negativamente en el bienestar de los niños, niñas, adolescentes y familias atendidas por el sistema.

En muchos países, el proceso de capacitación de los equipos residenciales es breve, y se limita a describir teóricamente los lineamientos del modelo de intervención, mas no se centra en el desarrollo de prácticas que permitan ejecutar dicho modelo (Hardera et al., 2013).

Debido a la ausencia de procesos de capacitación integrales, muchos profesionales ejercen su labor a partir de sus intuiciones y estilos personales, lo afecta la fidelidad del modelo, y disminuye su efectividad (Blankestein et al., 2022; T. Brown et al., 2018; Grigoras et al., 2020; James, 2011).

Sumado a esto, por la naturaleza de la labor, los profesionales del sistema de protección deben constantemente utilizar su capacidad de decisión critica para abordar las múltiples necesidades y contingencias asociadas al trabajo con niños, niñas, adolescentes y sus familias. El desarrollo de las habilidades necesarias para la toma de decisiones critica no es algo que se puede enseñar en un curso de inducción, ni en una única formación, sino que requiere procesos de capacitación y entrenamiento continuos (Northern California Training Academy Center for Human Services, 2013).

Debido a su importancia en el proceso de intervención de los niños, niñas adolescentes y familias atendidas por los servicios de protección, existe una preocupación relevante respecto a las habilidades necesarias para el trabajo residencial, y las competencias que el personal debe poseer para mantener relaciones positivas con los jóvenes que potencian un clima de respeto, cuidado y recuperación durante su estancia internacional residencial (Bastiaanssen et al., 2014; Belsky & Pluess, 2012; Clarke, 2011). Esta preocupación se ha traducido en diversas iniciativas para fomentar y guiar el proceso de capacitación y entrenamiento del personal residencial (Child Welfare Information Gateway., 2020; Lizano et al., 2021, 2021; Northern California Training Academy Center for Human Services, 2013).

Dichas iniciativas identifican principios básicos para apoyar los procesos formativos, entre los que se encuentran los siguientes:

1. La capacitación es más efectiva cuando es voluntaria
2. La capacitación efectiva requiere que tanto "entrenador" como "alumno" tengan claridad sobre los objetivos, y beneficios del proceso de capacitación.
3. La capacitación es más efectiva cuando se separa de la supervisión y de la evaluación del rendimiento
4. La capacitación es un proceso continuo que toma tiempo. El personal capacitado debe tener tiempo para dedicar al proceso de aprendizaje, así como para asimilar y procesar los contenidos.
5. La capacitación es más efectiva cuando se respalda en prácticas basadas en la evidencia

A nivel de objetivos, las funciones centrales de estos procesos de capacitación y entrenamiento son (1) Trasferir aprendizajes teóricos en formación práctica, (2) Implementar practicas basadas en la evidencia, (3) Desarrollas habilidades, (4) Aprender a resolver problemas y (5) Modelar comportamientos. A continuación, se presenta una breve descripción de dos programas de entrenamiento para equipos residenciales

1. RESULT Training Program

El programa de formación RESULT es un programa basado en la teoría del aprendizaje social para el personal de los hogares de adolescentes en Reino Unido, diseñado por el Servicio de Implementación Nacional (NIS). La formación tiene como objetivo permitir a los trabajadores de atención residencial desarrollar las habilidades necesarias para responder adecuadamente a los jóvenes; equilibrando la gestión del comportamiento con la ayuda a los jóvenes para desarrollar la autoeficacia y las habilidades para tener éxito después de dejar el cuidado (National Implementation Service, 2022).

El plan de estudios incluye habilidades para promover un enfoque integral en el hogar y un entorno de vida positivo, mejorando la autorregulación; estrategias de apoyo al comportamiento positivo; gestión de la conducta negativa y de riesgo; la comprensión del desarrollo infantil y el impacto del abuso y la negligencia en el desarrollo; y habilidades de comunicación y relación. El programa, enseña estas habilidades a través de vídeos, juegos de rol y ejercicios prácticos. Para la implementación, se realizan sesiones de trabajo dos veces a la semana durante 10 semanas.

Este programa fue evaluado en 2016, y los datos muestran que los trabajadores participantes experimentaron mejoras en el trabajo en equipo, y en su percepción de valoración y respeto por parte de sus compañeros y directivos. A su vez, los jóvenes reportaron haber experimentado mejores tratos, mayores responsabilidades, y más interacciones positivas con el personal tras la formación (Berridge et al., 2016).

2. Residential Care Matters

El programa "Residential Care Matters" es un conjunto de materiales de formación y recursos creados en Reino Unido, para fortalecer el desempeño moral de los trabajadores y mejorar la consistencia y la calidad de la atención prestada a los jóvenes en los hogares de NNA. Este programa está diseñado para implementarse tanto presencial como online, y consiste de 20 módulos de trabajo que cubren 7 temáticas: **(1) valores** (base de valores, declaración de objetivos); **(2) planificación** (llegadas y salidas, planes de colocación y revisiones); **(3) entorno familiar** (rutina diaria, estado del hogar); **(4) salud y bienestar emocional** (establecimiento de relaciones positivas, apego, vida sana); (**5) comportamiento positivo** (entender el comportamiento, establecer límites, sanciones y recompensas, intervención física); **(6) Seguridad y protección** (prevención de abusos, niños que se fugan o desaparecen, lucha contra el acoso, el extremismo y la radicalización, explotación sexual infantil); y **(7) liderazgo** (deberes y funciones, supervisión eficaz, reclamaciones y representaciones) (Price Training, 2022).

La posibilidad de aplicar los módulos de manera online, permite que el programa sea flexible y se adapte a los tiempos y posibilidades de los equipos residenciales. Lamentablemente este programa aún no ha sido evaluado, por lo que no se tiene información certera sobre su efectividad.

Mas allá de que modelo se utilice, lo importante es que generen proceso de capacitación comprensivos, que permitan a los profesionales adquirir nuevas habilidades o bien perfeccionar las que ya poseen a fin de garantizar la protección efectiva de los niños, niñas, adolescentes y familias atendidas, así como su propio bienestar personal.

La falta de capacitación y la importancia d contar con profesionales con las habilidades necesarias fue un elemento destacado por los equipos residenciales bajo estudio. Muchos de los profesionales entrevistados reconocen que el paso del modelo CREAD al actual modelo RFA no implicó procesos de capacitación extensivos, y que por ende no poseen muchas de las habilidades necesarias para implementar adecuadamente el modelo. En concreto, el área identificada como más débil refiere a la capacitación para la implementación del acompañamiento terapéutica continuo, donde gran parte de los equipos estaban acostumbrados a hacer intervenciones terapéuticas en ambientes clínicos, y no como los requieren el modelo RFA

Tal como muestra la evidencia incorporar un modelo nuevo al sistema de protección requiere no solo la incorporación teórica de nuevos lineamentos o marcos de referencias, sino que una adaptación hacia nuevas prácticas de trabajo. Esto último, requiere de un proceso de capacitación extensivo y continuo, donde los recursos humanos, sobre todo aquellos de trato directo, adquieren las habilidades necesarias para poner el practica el nuevo modelo. En el caso de Chile, urgen procesos de capacitación para los recursos humanos involucrados en los sistemas de cuidado alternativo residencial.

5.4.1.3 Supervisión Efectiva

Uno de los elementos históricamente relegados de la discusión sobre intervenciones, y buenas prácticas para el trabajo con niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección y/o justicia juvenil, es la supervisión de los profesiones y equipo de trabajo. Ahora bien, en la última década los principales informes de protección de la infancia han destacado la supervisión profesional como una piedra angular del trabajo NNA (Carpenter et al., 2013; Davidson et al., 2017; for Disease Control & Prevention2017, 2017; PAHO & UNICEF, 2017).

A partir de la creciente importancia, diversos estudiados han destacado los efectos de la supervisión profesional en los sistemas de protección, identificando efectos a nivel de los profesionales y del sistema (Bostock et al., 2019; Kim & Kao, 2014; Lietz & Julien-Chinn, 2017).

En cuanto a los efectos a nivel de los profesionales, la calidad de la supervisión se asoció a resultados positivos en la satisfacción laboral (Barth et al., 2008). Esto principalmente debido a que mayor y mejor supervisión permite a los trabajadore tener mayor claridad sobre sus funciones y responsabilidad, así como mayor apoyo para acceder a los recursos que los usuarios necesitan (Carpenter et al., 2013). Asimismo, en el estudio de Cearley, (2004) mayor supervisión se asoció a mayores niveles de empoderamiento profesional, y facilidad para la toma de decisiones.

La supervisión profesional también ha mostrado tener efectos positivos sobre la permanencia profesional, reduciendo la rotación de personal. Factores tales como la disposición de los supervisores a proporcionar ayuda concreta, asistir ante situaciones críticas y entregar apoyo emocional a los equipos, se han asociado mayores niveles de permanencia uy retención profesional (Chenot et al., 2009; Landsman, 2008). Asimismo, los niveles de estrés y agotamiento se asocian negativamente a la supervisión profesional. Es decir, los equipos que perciben menor supervisión y apoyo profesional, presentan mayores niveles de agotamiento, estrés y cansancio (Mena & Bailey, 2007).

A nivel organizacional, la supervisión y apoyo directo de las autoridades del sistema se ha asociado a mayor capacidad para gestionar la carga laboral, así como realizar gestión de casos (Juby & Scannapieco, 2007; Landsman, 2008). Esto se debe principalmente a que quienes reciben mayor supervisión, posen canales abiertos para solucionar dudas, organizar el trabajo y activar redes de apoyo.

Estos resultados dan cuenta que la supervisión profesional genera mejores resultados cuando se centra en la asistencia a tareas, el apoyo social y emocional, y la consolidación de relaciones interpersonales positivas entre supervisores y supervisados (Carpenter et al.,2013). Así, distanciándose de la visión managerialista, en donde la supervisión se centra en la eficacia, la responsabilización y el rendimiento de los profesionales; la evidencia apunta hacia la consolidación de un modelo de supervisión basado en el apoyo y el acompañamiento.

En estudios más recientes, la descripción de esta forma de supervisión se ha denominado supervisión efectiva, la cual tiene por objetivo ayudar a los operadores del sistema a convertir

sus conocimientos y capacidades en una práctica eficaz con los niños, niñas y adolescentes y sus familias (Child Welfare Information Gateway., 2020).

Al respecto, la Oficina de Niños, Niñas y Adolescentes de Estados Unidos *(Children´s Bureau),* clasificó las responsabilidades de la supervisión efectiva en tres ámbitos. A saber (1) la supervisión administrativa, (2) la supervisión educacional y (3) la supervisión de apoyo. Cada uno de estos ámbitos es descrito a continuación.

Supervisión administrativa

La supervisión administrativa refiere a las prácticas de monitoreo *managerial*, e incluye practicas tales como la contratación de personal, la asignación de tareas y la evaluación de desempeño de los trabajadores. Dentro de sus responsabilidades, los supervisores deben ser capaces de implementar nuevas prácticas, y facilitar las reformas, generar cambios, tanto de procedimiento como de recursos humanos, cuando estos sean necesarias (Child Welfare Information Gateway., 2020).

Supervisión educacional

La supervisión educacional se centra en el avance de las competencias y habilidades de los operadores del servicio, a fin de promover la seguridad y el bienestar de los niños, niñas y adolescente y sus familias. Los supervisores deben evaluar si las prácticas de las profesiones se condicen con los estándares de derecho, a la vez que deben identificar áreas en donde fortalecer y capacitar al personal (Child Welfare Information Gateway., 2020). Asimismo, se deben garantizar espacios y tiempos para sesiones de autorreflexión, capacitación y formación.

Supervisión de apoyo

Por su parte, la supervisión de apoyo busca construir relaciones de confianza, basadas en la seguridad, entre supervisor y supervisado. Este ámbito de la supervisión es fundamental para consolidar la identidad profesional y el compromiso con la labor a ejecutar. A nivel practico, esto implica que los supervisores deben demostrar preocupación por las necesidades de los profesionales, asistir ante contingencias, y estar disponibles para brindar orientación, apoyo y canales de resolución a los conflictos que emerjan (Child Welfare Information Gateway., 2020).

La discusión y evidencia en torno a la importancia de la supervisión en la efectividad de los modelos y programas de cuidado alternativo residencial ilustra muchas de las discusiones levantadas en el trabajo en terreno de este estudio. En todas las residencias visitadas, los equipos residenciales identificaron problemas ligados a la falta de supervisión, y a un sentimiento de desconexión del Servicio respecto a la situación cotidiana de cada residencia.

Tal como muestra la evidencia, la supervisión efectiva tiene mejor resultados cuando se centra en la asistencia a tareas, el apoyo social y emocional, y en fomentar relaciones interpersonales positivas entre supervisores y supervisados. En el caso de Chile, el sistema de cuidado alternativo residencial también se beneficiaria de implementar un sistema de supervisión efectiva. Actualmente, a ojos de los profesionales, la supervisión adopta un estilo managerial, centrada en

la fiscalización y la evaluación de la eficiencia. En la medida que el estilo de supervisión se desplace hacia una relación de apoyo y confianza, mayor será la satisfacción laboral y el desempeño de los recursos humanos, y mejores serán los resultados de los niños, niñas y adolescentes atendidos en el sistema.

VI. Propuestas para el sistema de cuidado alternativo de NNA en Chile

El siguiente apartado presenta las propuestas para el trabajo del sistema de cuidado alternativo de NNA en Chile, elaboradas a partir del análisis cuantitativo, el trabajo de campo cualitativo, el análisis de la experiencia nacional y comparada y la realización de dos mesas de expertos nacionales, en donde se discutiendo los principales hallazgos del estudio, y se recogieron sugerencias y recomendaciones.

Como se ha señalado al comienzo de este informe, las transformaciones que ha tenido el sistema de cuidado residencial, particularmente aquellas residencias que dependen directamente del Servicio Nacional de Protección Especializado de Niñez y Adolescencia, han significado avances importantes respecto de los CREAD, los cuales fueron duramente criticados por el Comité de Derechos del Niño (2018) y que fue un tema trabajado en el contexto del Acuerdo Nacional por la Infancia. Frente a las debilidades del sistema de cuidado alternativo residencial, el Estado de Chile respondió con una importante transformación de las residencias. Esto implicó mejoras en términos de la calidad de los recintos, la reducción del número de NNA atendidos por residencia y la incorporación de un enfoque familiar. Asimismo, se incorporó una aproximación a los NNA con mayor perspectiva de sujetos de derechos, enfocando el trato también en sus individualidades. Sin embargo, estas transformaciones, varias de las cuales se encuentran aún en proceso de implementación, se basan en orientaciones y modelos de intervención que se deben revisar y adecuar a los y las adolescentes que actualmente se encuentran en las RFA.

Considerando la complejidad de los casos atendidos y las experiencias de trauma que la mayoría ha experimentado - ya sea los que hemos descrito como adolescentes que están en cuidado alternativo por temas proteccionales, como aquellos que han transitado entre el sistema proteccional y el sistema de justicia juvenil, y los que actualmente están siendo atendidos por ambos sistemas – se hace crítico y urgente la revisión del modelo de atención. Si bien los NNA que participaron del estudio, reconocen que la atención más individualizada y el poder vivir en un entorno más familiar son grandes avances, aún hay varios componentes de este cambio a las residencias familiares, que creemos deben ser modificados y otros fortalecidos.

Este estudio tuvo por objetivo revisar, analizar y proponer modelos de trabajo e intervención especializada, en base a las características, necesidades y trayectorias de los niños, niñas y adolescentes atendidos en el sistema de cuidado alternativo residencial. Este análisis se realizó

tomando como foco particular, la situación de aquellos jóvenes que, sumado a ser atendidos por el sistema cuidado alternativo residencial, se encuentran cumpliendo una medida y/o sanción en el sistema de justicia juvenil, a saber, aquellos jóvenes en atención simultánea.

A fin de identificar las principales brechas del modelo RFA, e indagar en la situación particular de aquellos jóvenes en atención simultánea, se implementó una metodología mixta. Por un lado, se realizó un análisis cuantitativo de datos administrativos del Servicio de Protección Especializada de Niños, Niñas y Adolescentes, con el objetivo de caracterizar las trayectorias, personales, familiares, proteccionales y judiciales de los NNA atendidos. Por otro lado, se realizó un levantamiento cualitativo, en el cual se visitaron cinco Residencias Familiares de Administración Directa (RFA), en tres regiones del país, y se entrevistó a NNA, y a diversos profesionales de los equipos residenciales. Asimismo, se realizó una revisión sistemática de modelos, y experiencias internacionales, para abordar las brechas del modelo RFA identificadas en el trabajo en terreno, así como para abordar la situación particular de aquellos jóvenes en atención simultánea.

Los principales hallazgos de este estudio evidencian que el proceso de transición del sistema de cuidado alternativo residencial, desde el modelo CREAD al modelo RFA fue un proceso complejo, el cual ha generado múltiples tensiones, tanto en los equipos como en los NNA. Uno de los mayores estresores de este proceso de adaptación, fue la gran transformación respecto de las dimensiones físicas y espaciales de las residencias, los cambios en el perfil de los interventores, y las transformaciones en la forma de relación entre los equipos y los NNA. Si bien muchas de estas transformaciones se han traducido en mejoras sustantivas en la calidad de vida y proceso de reparación de los NNA atendidos, principalmente ligados a los nuevos espacios residenciales, el número limitado de adolescentes por residencias, y la mayor cualificación de los equipos, otros aspectos han generado tensiones. Entre estos, los principales nudos críticos del actual modelo RFA refieren a la regulación de la vida cotidiana y la importancia de fortalecer las normas, reglas y rutinas de convivencia interna; la necesidad de potenciar la capacitación de los equipos de trabajo, entregándoles mayores y mejores lineamientos y guías para ejercer su labor; la importancia de potenciar las alianzas estrategias con el intersector, para así favorecer la gestión interinstitucional de los casos atendidos en el sistema; así como la necesidad de incorporar modelos de intervención especializados, que respondan a la complejidad de los NNA atendidos en el sistema de cuidado alternativo residencial.

En cuanto al caso particular de aquellos jóvenes con atención simultánea, los resultados de este estudio evidencian que, en concordancia con la evidencia internacional, estos jóvenes presentan trayectorias más complejas que aquellos jóvenes solo atendidos en el sistema de protección. Como se detalló en el apartado III, los jóvenes en atención simultánea presentan un mayor número de ingresos a la red proteccional, mayor rezago escolar, mayor consumo de droga, y mayor probabilidad de haber estado en situación de calle, que aquellos jóvenes sin contacto con el sistema de justicia juvenil. Sumado a esto, según la mirada de los equipos residenciales, los jóvenes en atención simultánea presentan conductas más disruptivas, las cuales requieren de un modelo de intervención especializado, que recoja sus experiencias traumáticas y presente

respuestas acordes. A pesar de la mayor complejidad, tanto la evidencia internacional como los expertos nacionales consultados en este estudio, enfatizan la importancia de no segregar a aquellos jóvenes con contacto con el sistema de justicia juvenil, sino más bien, se destaca que desde el sistema de protección deben levantarse diagnósticos e intervenciones que permitan acoger distintos niveles de complejidad. En un nivel práctico, las recomendaciones levantadas a partir de la evidencia internacional y la visión de los expertos nacionales se estructuran en torno a dos ámbitos (1) la gestión de casos y (2) el modelo de intervención.

En cuanto al primer elemento, la evidencia internacional es clara al establecer que uno de los principales desafíos para la atención de los jóvenes en atención simultánea, es consolidar un modelo de gestión interinstitucional que permita la comunicación y colaboración de las sistema de protección y justicia juvenil.

Históricamente los sistemas de protección y justicia juvenil han operado con lógicas, objetivos y procedimiento diferentes. Esto, sumada a la complejidad multidimensional de los jóvenes con atención simultánea, se ha favorecido una tendencia de ambos sistemas a desentenderse y responsabilizar al otro del manejo de estos casos. Respecto a esta situación, la evidencia internacional es clara al establecer que la reinserción social y transición efectiva a la vida adulta de aquellos jóvenes en atención simultánea, requiere de un trabajo mancomunado entre el sistema de protección especializada y justicia juvenil. En la práctica, esto implica acordar lineamientos y protocolos conjuntos, que especifiquen la responsabilidad de ambas instituciones, establezcan mecanismos de intercambio de información, y regularicen los procedimientos por los cuales se diagnosticará e intervendrá a los adolescentes. En el caso particular de Chile, múltiples estudios en materia de justicia juvenil han identificado ya los desafíos y limitaciones del trabajo interinstitucional. Ante la ausencia de lineamientos, gran parte del trabajo interinstitucional, ya sea entre el sistema de protección y justicia juvenil, o con otros servicios del intersector, dependen de la voluntad de los actores involucrados. A fin de garantizar la protección efectiva de los NNA atendidos en el sistema, es fundamental asegurar las alianzas estratégicas entre instituciones y servicios, entregando lineamientos claros y replicables.

A partir de lo anterior se elaboran las siguientes recomendaciones para favorecer la gestión interinstitucional de casos entre el sistema de protección y justicia juvenil:

1. Realizar una mesa de trabajo interinstitucional permanente entre el Servicio de Protección Especializada de la Niñez y la Adolescencia y el Servicio Nacional de Menores que tenga por objetivo comprometerse con la integración y coordinación de ambos sistemas, para la atención de aquellos jóvenes con atención simultánea.
2. Realizar un análisis normativo y de financiamiento, y por otra parte de prácticas jurídicas, que sirvan de apoyo para lograr una real articulación interinstitucional para el manejo de estos casos.
3. Evaluar la capacidad de cada institución de compartir información.
4. A partir de lo anterior, acordar políticas, protocolos y procedimientos que promuevan la colaboración multisistema, la coordinación de servicios y el intercambio de información.

3. Realizar una evaluación, sobre las herramientas de diagnóstico existentes en cada Servicio, identificando cómo estas herramientas pueden ser utilizadas por ambos sistemas para definir un plan de intervención diferenciado y específico para esta población atendida.
4. Recopilar y analizar todas los recursos materiales y humanos, así como la oferta programática de ambos sistemas, evaluando su pertinencia para el trabajo con poblaciones específicas como las descritas en esta investigación, para así asegurar una atención atingente y que pueda ser trabajada por ambos servicios.
5. Definir una estrategia para la gestión integradas de casos, definiendo los roles de cada institución, los profesionales a cargo del caso en cada institución, y la forma de relación entre ambos enlaces. El modelo CYPM detallado en el apartado IV ofrece distintos formas de aproximarse a la gestión integrada y es un buen referente para evaluar opciones pertinentes al escenario chileno.

A nivel internacional existen diversos manuales que buscan ser una orientación práctica para las jurisdicciones en su intento por integrar los sistemas de atención a la niñez y adolescencia, para la atención de aquellos casos de atención simultánea. Si bien estos manuales surgen a partir del contexto norteamericano, son insumos relevantes para el escenario chileno. En particular, destaca el Manual "**Guidebook for Juvenile Justice & Child Welfare System Coordination and Integration"**, elaborado por la Fundación *Model for Change: System Reform in Juvenil Justice.* Este manual presenta un enfoque organizacional para abordar las preguntas y preocupaciones que surgen en los sistemas de atención a la niñez y adolescencia en el proceso de gestión

El segundo ámbito de recomendaciones para la atención de NNA en atención simultánea refiere a los modelos de intervención. A la fecha, a nivel internacional no existen modelos de intervención o programas de trabajo residencial focalizados en esta población que posean evidencia. Entre otras cosas, esto se debe a que, si bien estos jóvenes presentan una mayor complejidad que aquellos sin involucramiento en el sistema de justicia juvenil, a nivel general sus trayectorias personales, familiares, y proteccionales no difieren de tal manera de requerir una intervención totalmente diferenciada. Por el contrario, la evidencia disponible, destaca que al igual que muchos otros NNA atendidos en el sistema de cuidado alternativo residencial, lo que marca la trayectoria de vida de los jóvenes en atención simultánea son sus experiencias ligadas al trauma, y, por tanto, los modelos de intervención basados en el enfoque informado del trauma serían los más exitosos para el trabajo de intervención de estos adolescentes (Como se indica en el apartado V).

Al profundizar estos hallazgos con la mesa de expertos nacionales, se enfatizó la importancia de no segregar a esta población, sino más bien, buscar maneras de integrar sus necesidad al modelo de atención del sistema de cuidado alternativo residencial. A partir de los anterior, las siguientes propuestas y recomendaciones se elaboran considerando a los NNA atendidos en el sistema de cuidado alternativo residencial de manera integral, haciendo ajustes específicos para la población con atención simultánea.

Intervenciones y acompañamiento terapéutico

Como ya se mencionó anteriormente, los y las adolescentes que se encuentran en cuidado alternativo residencial en Chile poseen características que dan cuenta de su complejidad, donde los tiempos de institucionalización han sido prolongados, sus causas de ingresos se relacionan principalmente con ser víctimas de negligencias, maltrato y abuso sexual; y más de un 10% ha tenido contacto, en algún momento de sus trayectorias institucionales, con el sistema de justicia juvenil. Sumado a esto, alrededor del 6% de los NNA del sistema de cuidado alternativo residencial ha estado en situación de calle, el cerca del 75% posee un gran rezago escolar, 60% presentan problemas de salud mental y el 30% presentan consumo de drogas. Todo lo anterior implica que la intervención de estos jóvenes es una tarea compleja, que requiere de intervenciones especializadas.

A partir del terreno fue posible observar que los jóvenes valoran el nuevo cambio al modelo RFA, donde las residencias son casas ubicadas en barrios residenciales y cercanas a servicios básicos, comercio y espacios de recreación, y con buenas instalaciones, las cuales buscan retratar la calidez y las prácticas de un hogar. Sumado a lo anterior, se valora positivamente también, la relación con los equipos, donde los NNA perciben la preocupación, cercanía y afecto de los/as profesionales, especialmente con los/as encargados de vida familiar y tutores/as. A pesar de anterior, a partir de las entrevistas a profesionales, la evaluación de los planes de intervención y la observación de las dinámicas, rutinas y procedimientos cotidianos al interior de las residencias, fue posible observar que a nivel de intervención, el modelo no ha logrado atender las necesidades de muchos de los NNA que allí viven.

Esto se debe principalmente a que el modelo de intervención, como es ejecutado, no responde a las necesidades de especialización de muchos de los NNA, principalmente aquellos con consumo problemático de drogas, problemas de salud mental, y/o conductas transgresoras, quienes, como se detalló en el apartado III, componen parte importante de la población atendida en el sistema de cuidado alternativo residencial.

A partir de esta situación, y con el objetivo de identificar modelos de intervención especializados, pertinentes a las características de la población atendida en el sistema de cuidado alternativo residencial se identificaron 5 modelos de intervención, respaldados por la evidencia, basados en el enfoque informado del trauma. La evidencia comparada es consistente al establecer que, dadas las experiencias de vulneración de los NNA atendidos en el sistema de cuidado alternativo residencial, las intervenciones basadas es el enfoque informado del trauma son las más apropiadas pues, permiten trabajar sobre las respuestas y reacciones disruptivas, propias de alguien que ha sido víctima de experiencias traumáticas (Hanson et al., 2016; James, 2011; Marion & Mann-Feder, 2020).

Así, el enfoque informado del trauma es un paradigma que promueve la comprensión integral a las respuestas del impacto del trauma, enfatizando la seguridad física, emocional y psicológica tanto de los afectados como de los interventores (Vitriol et al., 2020). Este enfoque propone modelos de atención: basados en (1) una comprensión sobre el impacto del trauma en el

desarrollo y el comportamiento de niños, niñas y adolescentes; (2) conocimiento sobre cuándo y cómo intervenir directamente de una manera sensible al trauma y a la cultura a través de derivaciones estratégicas; (3) la garantía en el acceso a una intervención oportuna y eficaz centrada en el trauma; (4) un proceso de planificación de casos que apoye la resiliencia y recuperación a largo plazo; y (5) atención al autocuidado del personal en respuesta al trabajo con niños, niñas y adolescentes traumatizados (Bartlett et al., 2018).

Los 5 modelos propuestos responden a modelos organizativos basados en ese enfoque que buscan crear ambientes informados, sensibles y seguros, en el que pueden realizarse procesos interventivos efectivos en el contexto del sistema de cuidado alternativo residencial. A partir de los anterior, y considerando las necesidades de los NNA en el sistema de cuidado alternativo chileno, en particular la situación de aquellos jóvenes en atención simultánea, se recomendando lo siguiente:

1. El modelo de atención del sistema de cuidado alternativo residencial debiese incorporar en enfoque informado del trauma. Esto requiere una definición de lo que se entiende por trauma y por respuesta informada del trauma, la cual debe ser incorporado a los lineamientos del sistema de protección especializada de la niñez y la adolescencia.
2. Consolidar un enfoque informado del trauma requiere de un proceso de capacitación y formación continua a todos los profesionales del sistema. Se requiere una fuerza laboral con conocimientos habilidades y voluntad para trabajar con jóvenes con experiencias de trauma. Las intervenciones con enfoque informado del trauma presenta lineamientos y procedimientos estructurados los cuales deben implementarse con fidelidad. Debido a esto todo el personal debe estar plenamente capacitado y los resultados deben monitorearse.
3. Para la población en atención simultánea, además de estar en un ambiente residencial sensible al trauma (enfoque informado del trauma) su intervención en el sistema proteccional debe estar en total coordinación con el programa que esté llevando su sanción o medida en el sistema de justicia juvenil, además de tener un diagnóstico diferenciado desde el mismo sistema de justicia juvenil. Esto implica una coordinación eficiente entre el encargado de caso en protección y justicia juvenil, en el proceso de diagnóstico, evaluación y manejo del caso.
4. Se deben hacer todos los esfuerzos para que los NNA pasen el menor tiempo posible en residencias, lo que implica varias acciones desde mejorar la Ley de Adopción (Ley 19.620), potenciar los FAE, buscar la revinculación familiar o con algún adulto significativo, etc.

Normas, disciplina y auto-regulación

Sumado a las características particulares del modelo de intervención, otro elemento identificado como un nudo crítico para la atención de los adolescentes en el sistema de cuidado alternativo

residencial, es la falta de implementación de normas y reglas más claras para la convivencia al interior de las residencias. Lo anterior acarrea diversas dificultades, como por ejemplo, el ir comprendiendo estos espacios como lugares donde las acciones disruptivas o hasta violentas no tienen consecuencias, y donde el ambiente se torna cambiante e impredecible, lo que afecta y repercute negativamente en los adolescentes, entorpeciendo sus procesos de intervención.

Como se detalló en el apartado IV, a partir del trabajo en terreno se observó cierta confusión en los equipos residenciales, quienes a partir de una visión de incondicionalidad que busca suplir las pérdidas afectivas que han regido la trayectoria de vida de muchos de los/as adolescentes atendidos en el sistema, contrapondrían el establecimiento de reglas y normas.

Respecto a este punto, la psicología del desarrollo es clara al establecer que la adolescencia es una etapa fundamental para la internalización de normas prosociales, por lo que inculcar reglas y límites en forma oportuna, aprovechando las etapas de desarrollo, tiene múltiples beneficios a largo plazo. Como se detalló en el apartado V, en el contexto residencial, contar con reglas y protocolos de acción conocidos por todas y todas se hace fundamental para generar entornos seguros, estables y protectores.

De manera paralela a la falta de normas y reglas que estructuren la vida cotidiana dentro de las residencias, otro nudo crítico del modelo de intervención y atención de los NNA en el sistema de cuidado alternativo residencial refiere a la consolidación de rutinas y actividades dentro de las residencias. Si bien durante el trabajo de campo se observó un esfuerzo significativo por fomentar rutinas e interacciones que generen un ambiente familiar de cuidado, existen importantes impedimentos para llevarlas a cabo de manera consistente. Desde la mirada de los equipos interventores, la falta de rutinas estructuradas dentro de las residencias se explica por obstaculizadores propios de las características de los/as adolescentes atendidos, como son los cambios de estado de ánimo de los/as adolescentes, asociado en algunos casos por el consumo de drogas y por complejos procesos psicológicos y/o psiquiátricos por los que atraviesan. Esto genera que o bien los adolescentes se resten de las actividades, o bien que sea imposible consolidar dichas instancias debido a que los equipos deben estar resolviendo múltiples contingencias.

Como se detalla en el apartado IV, gran parte de los adolescentes atendidos en el sistema pasan los días en sus habitaciones, y/o en sus teléfonos celulares, sin actividades cotidianas, lo que en ultima instancias, entorpece la adhesión a la intervención, y con ello, el proceso de recuperación. A partir de lo anterior, se requiere de una sistémica y de intervenciones integrales que puedan atender los problemas de base ya mencionados, que permitan a los/as adolescentes poder insertarse en procesos más estructurados que vayan retroalimentando los procesos terapéuticos. Para que esto se lleve a cabo se requiere de rutinas claras, donde estas acciones se vayan enlazando con los planes de intervención, los cuales deben ser la guía constante del trabajo a desarrollar con los adolescentes.

A partir de los dos nudos críticos antes mencionados, se recomienda:

1. Considerando que el desarrollo de la autonomía de los NNA requiere de un proceso de preparación, para el cual la consolidación de un entorno estructurado y estable es fundamental, todas las residencias de NNA deben contar con reglamentos internos, que establezcan protocolos de convivencia, funciones, horarios, rutinas entre otros. Este reglamento debe ser acordado por el equipo residencial y debe ser de pleno conocimiento por todos quieres se reúnen en el entorno residencial.
2. A fin de consolidar las reglas y normas de convivencia internas y conciliar los aspectos afectivos y normativos del espacios residencial, se recomienda instaurar reuniones colectivas dos veces a la semana, con todos las personas que se reúnen en el espacio residencial (NNA y profesionales). Estas instancias permiten ir resolviendo los problemáticas y conflictos cotidianos, otorgando un espacio de escucha y acompañamiento para todas/as.
3. Sumado a lo anterior, se recomienda que las residencias incorporen asambleas con los adolescentes atendidos para complementar las normas de convivencia ya existentes, además de exponer problemáticas y soluciones a ellas por parte de los mismos adolescentes. Estas asambleas pueden generarse de manera periódica una cada uno o dos meses, con profesionales de las residencias y profesionales del Servicio de nivel regional para ir resolviendo en el corto plazo e ir adelantase a nudos críticos.
4. Es necesario revisar los protocolos existentes de actuación antes situaciones de emergencia, tales como ingreso de droga y armas, conflicto entre NNA y agresiones física de NNA a los equipos residenciales. Estos protocolos deben asegurar la protección tanto de los NNA como de los equipos residenciales.
5. Respecto a la vida cotidiana, se deben establecer actividades regulares dentro y fuera de las residencias, que permitan a los NNA desarrollar una vida activa e integra. Estas instancias deben contemplar tanto actividades relacionadas al proceso de intervención de los NNA, así como actividades extraprogramáticas y recreativas.
6. Los planes de intervención existentes son insuficientes para el trabajo con los NNA atendidos en el sistema. Se debe revisar el modelo de PII, transformando a estos en verdaderas hojas de ruta que identifiquen las áreas a trabajar y especifiquen procedimiento o mecanismos de intervención a realizar a fin de cumplir los objetivos peripuestos. Estos planes de intervención deben ser monitoreas, evaluando el nivel de cumplimiento de las actividades propuestas y los logros alcanzados.

Equipos de Trabajo

A fin de dar efectividad tanto a la ejecución del modelo de intervención, como a la consolidación de ambientes seguros, que presenten a los NNA con rutinas, normas y reglas de convivencia uno de los elementos más importantes, es la existencia de equipos profesionales capacitados y experimentados en el trabajo con NNA con trayectorias de vulneración profundas.

En concordancia con la evidencia internacional, los equipos residenciales entrevistados en este estudio, reportan altos niveles de agotamiento laboral, baja confianza en sus capacidades y una amplia necesidad de que el Servicio de Protección Especializada se haga más presente a la hora de apoyar la resolución de conflictos cotidianos o situaciones críticas dentro del ambiente residencial.

Tal como se detalla en el apartado IV, los equipos residenciales reconocen carecer de las competencias y habilidades prácticas para ejecutar algunos de los lineamentos del modelo RFA. En concreto, reconocen necesitar mayor capacitación en cuanto a cómo implementar el acompañamiento terapéutico en el entorno residencial. En concordancia con la evidencia internacional, implementar un modelo de intervención terapéutico requiere de un proceso de capacitación y acompañamiento profundo, de por lo menos 12 meses, en donde se les entregue la información y los espacios de diálogo y conversación necesarios para que estos interioricen los lineamientos del modelo en sus prácticas profesionales. El proceso de implementación del modelo RFA no contempló el necesario acompañamiento a los equipos, lo que hoy repercute negativamente en el bienestar de los profesionales y de un proceso de intervención para el efectivo bienestar de los NNA atendidos.

Al mismo tiempo, en todas las residencias visitadas, los equipos identificaron problemas ligados a la falta de supervisión, y se reforzó la sensación de una desconexión entre el Servicio de Protección Especializada respecto a la situación cotidiana de las residencias. Avanzar en la efectiva protección de los NNA atendidos en el sistema de cuidado alternativo residencial requiere de un trabajo extenso de capacitación formación y acompañamiento a los equipos residenciales. En el marco de las RFA, el proceso de capacitación cobra especial relevancia entre los profesionales con roles de tutores y/o encargados de vida familiar, pues son quienes tiene mayor contacto e interacción con los NNA en el día a día.

Finalmente, tanto la capacitación como el acompañamiento y la generación de instancias de autocuidado radican en la necesidad de transformar la forma en que el Servicio supervisa a los equipos residenciales. Históricamente, la supervisión ha sido un elemento relegado de la discusión sobre buenas prácticas e intervenciones para el trabajo con NNA en el sistema de protección y/o justicia juvenil. A pesar de esto, y tal como se destacó en el apartado V, la evidencia internacional es clara al destacar que mayores y mejores formas de supervisión tiene efectos positivos sobre el bienestar y satisfacción laboral de los equipos, y con ello, en los resultados a corto y largo plazo de los NNA atendidos. Para esto, la supervisión debe ampliarse, no solo centrándose en una mirada centrado en el rendimiento, el cumplimiento de metas y la evaluación de desempeño, sino que debe ampliarse en su comprensión, por una parte hacia una supervisión técnica, que permita a la dirección del sistema identificar las áreas en donde los equipos requieren mayores competencias y/o cualificaciones, así como también un acompañamiento dirigido más hacia la contención y apoyo hacia los equipos, que permita construir relaciones de confianza entre los supervisores y los supervisados. A nivel práctico esto implica que desde la dirección de los servicios se demuestre una preocupación por las necesidades de los profesionales, asistir ante contingencias, y estar disponibles para brindar

orientación, apoyo y canales de resolución a los conflictos que emerjan (Child Welfare Información Gateway., 2020). A partir de lo anterior se recomienda:

1. Se debe realizar un proceso de capacitación continuo e intensivo a todos los profesionales de residencias respecto a cómo implementar y llevar a la práctica el acompañamiento terapéutico necesario para consolidar una residencia emocionalmente segura. Esto es fundamental para generar una bajada aplicada del modelo de intervención. Sumado a esto, cualquier modificación o incorporación al actual modelo de intervención debe ser acompañada de un proceso de capacitación y acompañamiento de larga duración.
2. Es importante re-evaluar el perfil y el nivel de experiencias de los profesionales que ingresan a trabajar a las RFA. Dado el nivel de complejidad de los NNA atendidos, es necesario que el personal cuente con experiencia práctica en el trabajo con NNA, y la manejo de situaciones complejas.
3. En la línea del acompañamiento, y conforme a lo estipulado en la evidencia internacional, así como en la mesa de expertos nacionales, el sistema de cuidado alternativo residencial chileno se beneficiaria de implementar instancias de autocuidado y encuentros entre funcionarios residenciales donde estos puedan compartir sus experiencias, problemática y prácticas exitosas.
4. El Servicio de Protección Especializada de la Niñez y la Adolescencia se beneficiaria de incorporar encuentros estamentales, donde los profesionales de las residencias puedan manifestar sus opiniones y de manera conjunta ir buscando soluciones. Estos espacios fomentan la retroalimentación entre los distintas funciones y roles que existen en las instituciones, a la vez que también potencian la escucha y el sentido de pertenencia para con la institución.
5. Se deben implementar canales de comunicación efectiva entre los profesionales residenciales y el Servicio. Estos canales deben brindar respuestas oportunas a las necesidades de los equipos.
6. Es necesario realizar además de un acompañamiento técnico, realizar un acompañamiento más relacionado con lo psicológico a los equipos, para que ellos puedan a su vez puedan sostener las intervenciones y complejas situaciones que se viven en las residencias de manera constante.

Especialización e intersector

Otro de los nudos críticos del actual modelo RFA que limita la efectiva protección de los NNA atendidos en el sistema, refiere a la necesidad de mayor especialización para la atención de los NNA. Tanto el análisis cuantitativo como el trabajo cualitativo realizado en las residencias permite observar que los NNA atendidos en el sistema de cuidado alternativo residencial poseen trayectorias complejas, con historias de vulneración profundas. Antes esto, sus procesos de recuperación requieren modelos de intervención especializados, principalmente ligados al acceso

a atención de salud mental y al tratamiento de drogas. Debido a que dichas prestaciones refieren a servicios proporcionados por fuera del sistema residencial, es fundamental contar con las alianzas estrategias que posicionen a esta población como población prioritaria y garanticen el acceso oportuno y efectico a estos servicios.

Una de las transformaciones del modelo RFA, fue delimitar el espacio residencial como un espacio familiar, y por tanto se avanzó el potenciar que la atención especializada se ejecutara por fuera de las residencias. Desde una perspectiva de Estado, donde se garantiza el acceso a las prestaciones necesarias para la atención de los NNA, tanto la evidencia internacional como los expertos nacionales enfatizan la importancia de que estos equipos especializados no ingresen a las residencias, ya que esto implicaría una clausura operativa de las residencias, potenciando la segregación de los NNA, sino que más bien deben encontrarse otros mecanismos para abordar las necesidades de esa población. A partir de lo anterior se recomienda:

1. Dada la constatación de que muchas veces el intersector no da la cobertura necesaria, y no logra garantizar el acceso de los NNA a los servicios especializados que requieren, desde los expertos nacionales se propone incorporar, en el corto plazo, unidades móviles de equipos especializados que entreguen los servicios de salud mental o tratamiento por consumo de sustancias que los NNA atendidos en el sistema de cuidado alternativo residencial requieren. Respecto a estos equipos móviles, resulta fundamental asegurar canales de comunicación entre dichos equipos y los equipos residenciales, a fin de integrar el proceso de intervención de los NNA.
2. Respecto a la salud de los NNA, resulta fundamental asegurar el acceso al tratamiento de aquellos NNA con diagnósticos de salud mental o enfermedades crónicas. Según fue detallado en el apartado III, muchos NNA no acceden a los tratamiento necesarios, lo cual requiere de mayor apoyo del interceptor. Para esto es fundamental contar con mayor y mejores alianzas estrategias entre el Sistema de protección y el sistema de salud para posicionar a esta población como población prioritaria.
3. A partir de los resultados de este estudio, desde la mesa de expertos nacionales se enfatiza la importancia de desarrollar equipos móviles especializados para que, por una parte, realicen un acompañamiento y supervisión de casos para los equipos de profesionales de las residencias; así como también puedan apoyar las intervenciones en crisis de casos, en momentos de desbordes o contingencias que no son atendidas en el corto plazo por el intersector.

Registro de Información

Finalmente, el último elemento a destacar en el ámbito de las recomendaciones para mejorar el Sistema de cuidado alternativo residencial, favoreciendo la protección efectiva de los NNA atendidos, refiere a la necesidad de mejorar los sistema de recolección y almacenamiento e información de los NNA atendidos y los programa. A partir de este estudio fue posible constatar que tanto las fuentes de recolección de información SIS y SENAINFO (para aquellos NNA en

atención simultánea), presentan limitaciones considerables, respecto a la calidad de la información recopilada. Sumado a esto, los Planes de Intervención (PII) tampoco poseen la información, ni el detalle sobre las características y necesidades de los NNA necesarios para definir las estregáis de intervención permitentes para cada NNA. En última instancia esto significa que no se conoce en profundidad a aquellos NNA a los cuales se atiende, por lo cual es sumamente complejo que las estrategias de intervención sean efectivas. A partir de lo anterior, y a sabiendas que el actual sistema de registro del Servicio de protección Especializada de la Niñez y la Adolescencia está siendo modificado, se enfatiza la necesidad de

1. Completar la información del sistema SIS en todas sus variables, respecto a los NNA atendidos. Hoy, no se posee información para muchas de las variables de identificación y caracterización de los casos atendido por el sistema. Resulta fundamental subsanar este vació, mejorando los sistemas de registro existentes.
2. Contar con instrumentos estandarizados para la recolección de datos, sobre todos aquellos relacionados con el consumo de drogas, y prevalencia de trastornos de salud mental y/o físicos
3. Desarrollar mecanismos de recolección de información confiables, con categorías de respuestas previamente definidos, para evitar errores de digitación y facilitar el análisis y seguimiento de los NNA atendidos.
4. Ampliar la información recopilada en los planes de intervención, detallando en mayor medidas y a partir de mayores y mejores instrumentos las características de los NNA atendidos.
5. Contrastar la información existente en el sistema de registro SIS con la información levantada por los equipos residenciales, ya actualizar está en la medida en que sea pertinente.
6. Considerar la implementación de un sistema de seguimiento de casos, recolectando información de manera periódica sobre los avances de los NNA atendido en el sistema, sobre una serie de variables de interés.
7. Para el caso de aquellos NNA en atención simultanea es fundamental contar con sistemas de registro integrados, que permitan consolidar la información recolectada en ambos sistemas, evaluando su consistencia y monitoreando variables de interés particular para esta población.

Las recomendaciones anteriormente expuestas otorgan orientaciones generales respecto de cómo mejorar el modelo de intervención residencial y de cómo atender la complejidad de los usuarios, entre ellos los NNA en conflicto con la ley. La información recopilada, da cuenta de que dicha complejidad no está dada por la naturaleza de estos jóvenes, sino más bien por falencias en los mecanismos de protección social del Estado, por una insuficiente preparación de la transición de los CREAD a las residencias familiares y porque el modelo actual no refleja ni es suficiente para atender las necesidades de estos jóvenes. A lo largo del estudio, específicamente en el apartado V, se ofrece una revisión detallada de modelos de intervención comparados que bien podrían ajustarse y adaptarse a la realidad nacional. Estos hallazgos y

recomendaciones son un aporte preliminar, para el desarrollo y re-diseño de un modelo de residencias que se haga cargo de la población más vulnerable y excluida de nuestra sociedad.

VII. Bibliografía

Ainsworth, F., & Hansen, P. (2018). Group Homes for Children and Young People: The Problem Not the Solution. *Children Australia*, *43*(1), 42-46. https://doi.org/10.1017/cha.2018.4

Andrews, K., Dunn, J. R., Prime, H., Duku, E., Atkinson, L., Tiwari, A., & Gonzalez, A. (2021). Effects of household chaos and parental responsiveness on child executive functions: A novel, multi-method approach. *BMC Psychology*, *9*(1), 147. https://doi.org/10.1186/s40359-021-00651-1

Araujo, K., & Martuccelli, D. (2010). La individuación y el trabajo de los individuos. *Educação e Pesquisa*, *36*. https://doi.org/10.1590/S1517-97022010000400007

ARCframework. (2023). What is ARC? *ARC Framework*. https://arcframework.org/what-is-arc/

Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., Andres, B., Cohen, C., & Blaustein, M. (2011). Treatment of Complex Trauma in Young Children: Developmental and Cultural Considerations in Application of the ARC Intervention Model. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *4*, 34-51. https://doi.org/10.1080/19361521.2011.545046

Association of Children's Residential Center. (2017). *Best Practices for Residential Interventions for Youth and their Families A Resource Guide for Judges and Legal Partners with Involvement in the Children's Dependency Court System.*

Baidawi, S. (2019). Court records: The profile of "crossover kids". En *«Crossover» Children in the Youth Justice and Child Protection Systems*. Routledge.

Baidawi, S., & Sheehan, R. (2019). *«Crossover» Children in the Youth Justice and Child Protection Systems*. Routledge.

Bajpai, A. (2017). *A Child's Right to a Family: Deinstitutionalization – In the Best Interest of the Child. 16*, 18.

Barth, R. P., Lloyd, E. C., Christ, S. L., Chapman, M. V., & Dickinson, N. S. (2008). Child welfare worker characteristics and job satisfaction: A national study. *Social Work*, *53*(3), 199-209. https://doi.org/10.1093/sw/53.3.199

Bartlett, J. D., Griffin, J. L., Spinazzola, J., Fraser, J. G., Noroña, C. R., Bodian, R., Todd, M., Montagna, C., & Barto, B. (2018). The impact of a statewide trauma-informed care initiative in child welfare on the well-being of children and youth with complex trauma. *Children and Youth Services Review*, *84*, 110-117. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.11.015

Bastiaanssen, I., Delsing, M., Geijsen, L., Kroes, G., Veerman, J., & Engels, R. (2014). Observations of Group Care Worker-Child Interaction in Residential Youth Care: Pedagogical Interventions and Child Behavior. *Child and Youth Care Forum*, *43*. https://doi.org/10.1007/s10566-013-9231-0

Becroft, A. (2015). *The Rise and Rise of Lay Advocates in Aotearoa New Zealand* (National Youth Advocates/Lay Advocates Conference).

Belsky, J., & Pluess, M. (2012). Differential susceptibility to long-term effects of quality of child care on externalizing behavior in adolescence? *International Journal of Behavioral Development - INT J BEHAV DEV*, *36*, 2-10. https://doi.org/10.1177/0165025411406855

Berridge, D., Holmes, L., Wood, M., Mollidor, C., Knibbs, S., & Bierman, R. (2016). *RESuLT Training evaluation report*.

Berry, D., Blair, C., Ursache, A., Willoughby, M. T., & Granger, D. A. (2014). Early childcare, executive functioning, and the moderating role of early stress physiology. *Developmental Psychology*, *50*, 1250-1261. https://doi.org/10.1037/a0034700

Biggart, L., Ward, E., Cook, L., Stride, C., Schofield, G., Corr, P., Fletcher, C., Bowler, J., Jordan, P., & Bailey, S. (2022). *Emotional Intelligence and Burnout in Child and Family Social Work: Implications for policy and practice.*

Blankestein, A. M. M. M., Van der Rijken, R. E. A., Broekhoven, J. L., Lange, A. M. C., Simons, I., Van Domburgh, L., Van Santvoort, F., & Scholte, R. H. J. (2022). Residential Youth Care Combined with Systemic Interventions: Exploring Relationships between Family-Centered Care and Outcomes. *Residential Treatment for Children & Youth*, *39*(1), 34-56. https://doi.org/10.1080/0886571X.2020.1863894

Blaustein, M. E., & Kinniburgh, K. M. (2017). Attachment, self-regulation, and competency (ARC). En *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (pp. 299-319). Springer International Publishing/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0_14

Bostock, L., Patrizo, L., Godfrey, T., & Forrester, D. (2019). What is the impact of supervision on direct practice with families? *Children and Youth Services Review*, *105*, 104428. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104428

Bronfenbrenner, U. (1981). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.

Brown, A. D., McCauley, K., Navalta, C. P., & Saxe, G. N. (2013). Trauma Systems Therapy in Residential Settings: Improving Emotion Regulation and the Social Environment of Traumatized Children and Youth in Congregate Care. *Journal of Family Violence*, *28*(7), 693-703. https://doi.org/10.1007/s10896-013-9542-9

Brown, T., Winter, K., & Carr, N. (2018). Residential child care workers: Relationship based practice in a culture of fear. *Child & Family Social Work*, *23*(4), 657-665. https://doi.org/10.1111/cfs.12461

Carpenter, J., Webb, C. M., & Bostock, L. (2013). The surprisingly weak evidence base for supervision: Findings from a systematic review of research in child welfare practice (2000–2012). *Children and Youth Services Review*, *35*(11), 1843-1853. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.08.014

Cearley, S. (2004). The Power of Supervision in Child Welfare Services. *Child & Youth Care Forum*, *33*, 313-327. https://doi.org/10.1023/B:CCAR.0000043038.97882.2f

CEBC. (2023). *Structured Psychotherapy For Adolescents Responding To Chronic Stress*. https://www.cebc4cw.org/program/structured-psychotherapy-for-adolescents-responding-to-chronic-stress/detailed

Center for Juvenil Justice Reform. (2015). *The Crossover Youth practical Model Guide*. Google Docs. https://drive.google.com/file/d/1lUXfhHxniknx5XctxJU3iBMW-eVDLcll/view?usp=embed_facebook

Center for Juvenil Justice Reform. (2022). What is the CYPM? [2022]. *Center for Juvenile Justice Reform*. https://cjjr.georgetown.edu/our-work/crossover-youth-practice-model/what-is-the-cypm/

Centro de Estudios Justicia y Sociedad. (2019). *Estudio para el fortalecimiento de los Programas Ambulatorios del Servicio Nacional de Menores*. UNICEF Chile. https://www.unicef.org/chile/sites/unicef.org.chile/files/2019-12/UNICEF-WD-Programas-Ambulatorios.pdf

Centro de Estudios Justicia y Sociedad. (2021). *Evaluación de factibilidad del diseño técnico de un Contrato de Impacto Social para apoyar la transición a la vida independiente de jovenes que egresan de residencias dela red SENAME*.

Céspedes, A. (2013). *Educar Las Emociones*.

Chenot, D., Benton, A., & Kim, H. (2009). The Influence of Supervisor Support, Peer Support, and Organizational Culture Among Early Career Social Workers in Child Welfare Services. *Child welfare*, *88*, 129-147.

Child Welfare Information Gateway. (2020). Supervising for Quality Child Welfare Practice. *U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Children's Bureau*.

Citizens for Juvenil Justice. (2015). *Missed Opportunities Preventing youth in the child welfare system from entering the juvenile justice system*.

Clarke, A. (2011). Three Therapeutic Residential Care Models, the Sanctuary Model, Positive Peer Culture and Dyadic Developmental Psychotherapy and Their Application to the Theory of Congruence. *Children Australia*, *36*(2), 81-87. https://doi.org/10.1375/jcas.36.2.81

Clarke, A. (2013). Sanctuary in Action. *Children Australia*, *38*(3), 95-99. https://doi.org/10.1017/cha.2013.12

Conger, D., & Ross, T. (2001). Reducing the Foster Care Bias in Juvenile Detention Decisions: The Impact of Project Confirm. *Florida's Children First*. http://www.floridaschildrenfirst.org/reducing-the-foster-care-bias-in-juvenile-detention-decisions-the-impact-of-project-confirm/

Cross, T. P., & Whitcomb, D. (2017). The practice of prosecuting child maltreatment: {Results} of an online survey of prosecutors. *Child Abuse \& Neglect*, *69*, 20-28. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.007

Curtis, L., Moriarty, J., & Netten, A. (2010). The Expected Working Life of a Social Worker. *The British Journal of Social Work*, *40*(5), 1628-1643.

Cutuli, J. J., Goerge, R. M., Coulton, C., Schretzman, M., Crampton, D., Charvat, B. J., Lalich, N., Raithel, J. A., Gacitua, C., & Lee, E. L. (2016). From foster care to juvenile justice: Exploring characteristics of youth in three cities. *Children and Youth Services Review*, *67*, 84-94. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.06.001

Dannerbeck, A., & Yan, J. (2011). *Missouri's Crossover Youth: Examining the Relationship between their Maltreatment History and their Risk of Violence*. https://www.semanticscholar.org/paper/Missouri%27s-Crossover-Youth%3A-Examining-the-between-Dannerbeck-Yan/42f09f56851c0e1441a80377ad9ae3346175d4e5

Davidson, J., DeMarco, J., Bifulco, A., Bogaerts, S., Caretti, V., Aiken, M., & Cheevers, C. (2017). *Enhancing Police and Industry Practice- EU Child Online Safety Project*.

DePanfilis, D., & Zlotnik, J. L. (2008). Retention of front-line staff in child welfare: A systematic review of research. *Children and Youth Services Review*, *30*, 995-1008. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.12.017

Departamento de Protección de Derechos Área de Diseño y Evaluación, Servicio NAcional de Menores. (2019). *Residencias Familiar de administración Directa Para Adolesscenttes*.

Dierkhising, C. B., Herz, D., Hirsch, R. A., & Abbott, S. (2019). System Backgrounds, Psychosocial Characteristics, and Service Access Among Dually Involved Youth: A Los Angeles Case Study. *Youth Violence and Juvenile Justice*, *17*(3), 309-329. https://doi.org/10.1177/1541204018790647

Dillenburger, K. (2004). Causes and alleviation of occupational stress in child care work. *Child Care in Practice*, *10*, 213-224. https://doi.org/10.1080/1357527042000244356

ECARO UNICEF. (2021). *Children in alternative care: Comparable statistics to monitor progress on deinstitutionalisation across the European Union*.

Ellis, B. H., Fogler, J., Hansen, S., Forbes, P., Navalta, C. P., & Saxe, G. (2012). Trauma systems therapy: 15-month outcomes and the importance of effecting environmental change. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(6), 624-630. https://doi.org/10.1037/a0025192

Elwyn, L. J., Esaki, N., & Smith, C. A. (2015). Safety at a girls secure juvenile justice facility. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, *36*(4), 209-218. https://doi.org/10.1108/TC-11-2014-0038

Fehrenbach, T., Ford, J., Olafson, E., Kisiel, C., Chang, R., Kerig, P., Khumalo, M., Walsh, C., Ocampo, A., Pickens, I., Miller, A., Rains, M., McCullough, A. D., Pauter, S., & Spady, L. (2022). *A Trauma-Informed Guide for Working with Youth Involved in Multiple Systems*.

for Disease Control, C., & Prevention2017. (2017). Critical {Elements} of {Interviewer} {Training} for {Engaging} {Children} and {Adolescents} in {Global} {Violence} {Research}: {Best} {Practices} and {Lessons} {Learned} from the {Violence} {Against} {Children} {Survey}. *National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention*, 22.

Giraldi, M., Mitchell, F., Porter, R. B., Reed, D., Jans, V., McIver, L., Manole, M., & McTier, A. (2022). Residential care as an alternative care option: A review of literature within a global context. *Child & Family Social Work*, *27*(4), 825-837. https://doi.org/10.1111/cfs.12929

Glenn, N., Saxe, B., Heidi, E., & Adam, D. (2016). *Introduction to Trauma Systems Therapy*.

Gobierno de Chile. (2018). *Acuerdo Nacional por la Infancia*. Acuerdo Nacional por la Infancia. https://www.losninosprimero.gob.cl/

Goering, D. D., Shimazu, A., Zhou, F., Wada, T., & Sakai, R. (2017). Not if, but how they differ: A meta-analytic test of the nomological networks of burnout and engagement. *Burnout Research*, *5*, 21-34. https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.05.003

Griffiths, A., Royse, D., & Walker, R. (2018). Stress among child protective service workers: Self-reported health consequences. *Children and Youth Services Review*, *90*, 46-53. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.05.011

Grigoras, S., Bodendörfer, L., & Borisova, D. (2020). *The role of small-scale residential care for children in the transition from institutionalto community-based care and in the continuum of care in the Europe and Central Asia Region*.

Habib, M., Labruna, V., & Newman, J. (2013). Complex Histories and Complex Presentations: Implementation of a Manually-Guided Group Treatment for Traumatized Adolescents. *Journal of Family Violence*, *28*(7), 717-728. https://doi.org/10.1007/s10896-013-9532-y

Haight, W., Bidwell, L., Choi, W. S., & Cho, M. (2016). An evaluation of the Crossover Youth Practice Model (CYPM): Recidivism outcomes for maltreated youth involved in the juvenile justice system. *Children and Youth Services Review*, *65*, 78-85. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.03.025

Haight, W. L., Bidwell, L. N., Marshall, J. M., & Khatiwoda, P. (2014). Implementing the Crossover Youth Practice Model in diverse contexts: Child welfare and juvenile justice professionals' experiences of multisystem collaborations. *Children and Youth Services Review*, *39*, 91-100. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.02.001

Halemba, G., & Siegel, G. (2004). *Arizona Dual Jurisdiction Study:*

Halemba, G., & Siegel, G. (2011). *Doorways to Delinquency Multi-System Involvement of Delinquent Youth in King County Seattle WA*.

Hanson, R. F., Self-Brown, S., Rostad, W. L., & Jackson, M. C. (2016). The what, when, and why of implementation frameworks for evidence-based practices in child welfare and child mental health service systems. *Child Abuse & Neglect*, *53*, 51-63. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.014

Hardera, A. T., Zeller, M., López, M., Köngeter, S., & Knorth, E. J. (2013). Different sizes, similar challenges: Out of home care for youth in Germany and the Netherlands. *Psychosocial Intervention*, *22*(3), 203-213. https://doi.org/10.5093/in2013a24

He, A., & Grenier, A. (2020). *Comprehensive Organizational Health Assessment Public Workforce Excellence Sites Cross-site Summary Report*. National Child Welfare Workforce Institute.

He, A. S., Lizano, E. L., & Stahlschmidt, M. J. (2021). When doing the right thing feels wrong: Moral distress among child welfare caseworkers. *Children and Youth Services Review*, *122*, 105914. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105914

Healy, K., Meagher, G., & Cullin, J. (2009). Retaining Novices to Become Expert Child Protection Practitioners: Creating Career Pathways in Direct Practice. *British Journal of Social Work*, *39*, 299-317. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm125

Herz, D. C., Dierkhising, C. B., Raithel, J., Schretzman, M., Guiltinan, S., Goerge, R. M., Cho, Y., Coulton, C., & Abbott, S. (2019). Dual System Youth and their Pathways: A Comparison of Incidence, Characteristics and System Experiences using Linked Administrative Data. *Journal of Youth and Adolescence*, *48*(12), 2432-2450. https://doi.org/10.1007/s10964-019-01090-3

Herz, D., & Dierkhising, C. (2018). *OJJDP Dual System Youth Design Study: Summary of Findings and Recommendations for Pursuing a National Estimate of Dual System Youth*.

Hirsch, R. A., Dierkhising, C. B., & Herz, D. C. (2018). Educational risk, recidivism, and service access among youth involved in both the child welfare and juvenile justice systems. *Children and Youth Services Review*, *85*(C), 72-80.

Hochschild, A. R. (1979). Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology*, *85*(3), 551-575.

Hodgdon, H., Blaustein, M., Kinniburgh, K., Peterson, M., & Spinazzola, J. (2015). Application of the ARC Model with Adopted Children: Supporting Resiliency and Family Well Being. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. https://doi.org/10.1007/s40653-015-0050-3

Hogar de Cristo. (2017). *Del Dicho al Derecho: Estándares de calidad para residencias de protección de niños y adolescentes*. Dirección Social Nacional.

Izzo, C. V., Smith, E. G., Holden, M. J., Norton, C. I., Nunno, M. A., & Sellers, D. E. (2016). Intervening at the Setting Level to Prevent Behavioral Incidents in Residential Child Care: Efficacy of the CARE Program Model. *Prevention Science*, *17*(5), 554-564. https://doi.org/10.1007/s11121-016-0649-0

Izzo, C. V., Smith, E. G., Sellers, D. E., Holden, M. J., & Nunno, M. A. (2020). Improving relationship quality in group care settings: The impact of implementing the CARE model. *Children and Youth Services Review*, *109*, 104623. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104623

James, S. (2011). What works in group care? — A structured review of treatment models for group homes and residential care. *Children and Youth Services Review*, *33*(2), 308-321. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.09.014

Juby, C., & Scannapieco, M. (2007). Characteristics of workload management in public child welfare agencies. *Administration in Social Work*, *31*, 95-109. https://doi.org/10.1300/J147v31n03_06

Kennedy, R. (2019). *From Conversation to Collaboration: How Child Welfare and Juvenile Justice Agencies Can Work Together to Improve Outcomes for Dual Status Youth*.

Kim, H., & Kao, D. (2014). A meta-analysis of turnover intention predictors among U.S. child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, *47*, 214-223. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.09.015

Kolivoski, K. M., Goodkind, S., & Shook, J. J. (2017). Social Justice for Crossover Youth: The Intersection of the Child Welfare and Juvenile Justice Systems. *Social Work*, *62*(4), 313-321. https://doi.org/10.1093/sw/swx034

Kolivoski, K. M., Shook, J. J., Goodkind, S., & Kim, K. H. (2014). Developmental Trajectories and Predictors of Juvenile Detention, Placement, and Jail Among Youth with Out-of-Home Child Welfare Placement. *Journal of the Society for Social Work and Research*, *5*(2), 137-160. https://doi.org/10.1086/676520

Kyonne, J., & Lee, A. (2015). The impact of the social welfare system on life satisfaction. *The International Journal of Interdisciplinary Social and Community Studies*, *10*, 13-20. https://doi.org/10.18848/2324-7576/CGP/v10i02/53476

Landsman, M. (2008). Pathways to Organizational Commitment. *Administration in Social Work*, *32*, 105-132. https://doi.org/10.1300/J147v32n02_07

Lee, S.-Y., & Villagrana, M. (2015). Differences in risk and protective factors between crossover and non-crossover youth in juvenile justice. *Children and Youth Services Review*, *58*, 18-27. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.09.001

Leiter, M. P., & Bakker, A. B. (2010). Work engagement: Introduction. En *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (pp. 1-9). Psychology Press. https://doi.org/10.4324/9780203853047

Leone, P., & Weinberg, L. (2012). *Addressing the Unmet Educational Needs of Children and Youth in the Juvenile Justice and Child Welfare Systems*. https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/addressing-unmet-educational-needs-children-and-youth-juvenile-0

Lietz, C., & Julien-Chinn, F. J. (2017). Do the components of strengths-based supervision enhance child welfare workers' satisfaction with supervision? *Journal of social casework*, *98*(2), 146-155. https://doi.org/10.1606/1044-3894.2017.98.20

Lizano, E. L., He, A. S., & Leake, R. (2021). Caring for Our Child Welfare Workforce: A Holistic Framework of Worker Well-being. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, *45*(4), 281-292. https://doi.org/10.1080/23303131.2021.1932658

Lizano, E. L., Hsiao, H.-Y., Mor Barak, M. E., & Casper, L. M. (2014). Support in the Workplace: Buffering the Deleterious Effects of Work–Family Conflict on Child Welfare Workers' Well-Being and Job Burnout. *Journal of Social Service Research*, *40*(2), 178-188. https://doi.org/10.1080/01488376.2013.875093

Lloyd, C., King, R., & Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health*, *11*, 255-266. https://doi.org/10.1080/09638230020023642

Marion, É., & Mann-Feder, V. (2020). Supporting the educational attainment of youth in residential care: From issues to controversies. *Children and Youth Services Review*, *113*, 104969. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104969

McFadden, P., Campbell, A., & Taylor, B. (2015). Resilience and Burnout in Child Protection Social Work: Individual and Organisational Themes from a Systematic Literature Review. *The British Journal of Social Work*, *45*(5), 1546-1563. https://doi.org/10.1093/bjsw/bct210

McFadden, P., Ross, J., Moriarty, J., Mallett, J., Schroder, H., Ravalier, J., Manthorpe, J., Currie, D., Harron, J., & Gillen, P. (2021). The Role of Coping in the Wellbeing and Work-Related Quality of Life of UK Health and Social Care Workers during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(2), 815. https://doi.org/10.3390/ijerph18020815

McFarlane, K. (2018). Care-criminalisation: The involvement of children in out-of-home care in the New South Wales criminal justice system. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, *51*(3), 412-433. https://doi.org/10.1177/0004865817723954

Mena, K. C., & Bailey, J. D. (2007). The Effects of the Supervisory Working Alliance on Worker Outcomes. *Journal of Social Service Research*, *34*(1), 55-65. https://doi.org/10.1300/J079v34n01_05

Mitchell, P. F. (2011). Evidence-based practice in real-world services for young people with complex needs: New opportunities suggested by recent implementation science. *Children and Youth Services Review*, *33*(2), 207-216.

Mor Barak, M. E., Levin, A., Nissly, J. A., & Lane, C. J. (2006). Why do they leave? Modeling child welfare workers' turnover intentions. *Children and Youth Services Review*, *28*, 548-577. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.06.003

Moreno-Manso, J. M., García-Baamonde, M. E., Guerrero-Barona, E., Godoy-Merino, M. J., Bueso-Izquierdo, N., & Guerrero-Molina, M. (2020). Emotional, Behavioural and Executive Functioning Problems in Children in Residential Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(10), 3596. https://doi.org/10.3390/ijerph17103596

Mota, C. P., Costa, M., & Matos, P. M. (2016). Resilience and Deviant Behavior Among Institutionalized Adolescents: The Relationship with Significant Adults. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *33*(4), 313-325. https://doi.org/10.1007/s10560-015-0429-x

Murphy, K., Moore, K. A., Redd, Z., & Malm, K. (2017). Trauma-informed child welfare systems and children's well-being: A longitudinal evaluation of KVC's bridging the way home initiative. *Children and Youth Services Review*, *75*, 23-34. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.02.008

National Implementation Service. (2022). *RESuLT | Result Training*. http://www.resulttraining.org.uk/

National Juvenil Defender Center. (2015). *Navigating the Dual Status Terrain: Tips for Juvenile Defenders*.

Northern California Training Academy Center for Human Services. (2013). *The Coaching Toolkit for Child Welfare practice*.

OJJDP. (2021). *Intersection of Juvenile Justice and Child Welfare Systems*. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. https://ojjdp.ojp.gov/model-programs-guide/literature-reviews/Intersection-Juvenile-Justice-Child-Welfare-Systems

PAHO, & UNICEF. (2017). *Systematic review of national protocols for the provision of care for survivors of violence against children in latin America and Caribbean countries: PAHO/UNICEF Policy brief*.

Pan, G. (2017). The Effects of Burnout on Task Performance and Turnover Intention of New Generation of Skilled Workers. *Journal of Human Resource and Sustainability Studies*, *05*(03), 156-166. https://doi.org/10.4236/jhrss.2017.53015

Pickard, C. (2014). *Prevalence and Characteristics of Multi-System Youth in Washington State*.

Porter, R., Giraldi, M., & Mitchell, F. (2020). *Function, quality and outcomes of residential care*.

Price Training. (2022). Residential Care Matters. *Price Training*. https://www.pricetraining.co.uk/courses/residential-care-matters/

Ravalier, J. M., McFadden, P., Boichat, C., Clabburn, O., & Moriarty, J. (2021). Social Worker Well-being: A Large Mixed-Methods Study. *The British Journal of Social Work*, *51*(1), 297-317. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa078

Residential Child Care Project. (2022). *Children And Residential Experiences (CARE) Creating Conditions for Change Overview*. https://rccp.cornell.edu/CARE_LevelOne.html

Rivard, J. C. (2005). *Preliminary Results of A Study Examining the Implementation and Effects of a Trauma Recovery Framework for Youths in Residential Treatment*. 14.

Robson, A., Cossar, J., & Quayle, E. (2014). Critical Commentary: The Impact of Work-Related Violence towards Social Workers in Children and Family Services. *The British Journal of Social Work*, *44*(4), 924-936. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu015

Ryan, J. P., Marshall, J. M., Herz, D., & Hernandez, P. M. (2008). Juvenile delinquency in child welfare: Investigating group home effects. *Children and Youth Services Review*, *30*, 1088-1099. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.02.004

Ryan, J. P., Williams, A. B., & Courtney, M. E. (2013). Adolescent neglect, juvenile delinquency and the risk of recidivism. *Journal of Youth and Adolescence*, *42*, 454-465. https://doi.org/10.1007/s10964-013-9906-8

Sanctuary Institute. (2022). *Sanctuary Model – Sanctuary Institute*. https://www.thesanctuaryinstitute.org/about-us/the-sanctuary-model/

Saxe, G. N., Heidi Ellis, B., Fogler, J., Hansen, S., & Sorkin, B. (2005). Comprehensive Care for Traumatized Children: An open trial examines treatment using trauma systems therapy. *Psychiatric Annals*, *35*(5), 443-448. https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-10

SENAME. (2018). *Circular n°4: Informa política y procedimiento sobre la Gestión de Casos y Adolescentes vulnerados en sus derechos, extranjeros o chilenos que se encuentren en el exterior i deban ser reunificados con familaires en el extranjero, y deja sin efecto circular n°10 de 2010 de la Dirección Nacional de SENAME*.

Servicio Nacional de Menores. (2019). *RESIDENCIA FAMILIAR DE ADMINISTRACIÓN DIRECTA PARA ADOLESCENTES*.

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2021). *Programas de preparación para la vida independiente*.

Sheehan, R. (2019a). Crossover kids: Professionals' perspectives on offending and desistance. En *«Crossover» Children in the Youth Justice and Child Protection Systems*. Routledge.

Sheehan, R. (2019b). Government and policy developments related to crossover children. En *«Crossover» Children in the Youth Justice and Child Protection Systems*. Routledge.

Sirois, C. (2023). Contested by the State: Institutional Offloading in the Case of Crossover Youth. *American Sociological Review*, *88*(2), 350-377. https://doi.org/10.1177/00031224231160297

Sousa, C., Herrenkohl, T. I., Moylan, C. A., Tajima, E. A., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2011). Longitudinal Study on the Effects of Child Abuse and Children's Exposure to Domestic Violence, Parent-Child Attachments, and Antisocial Behavior in Adolescence. *Journal of Interpersonal Violence*, *26*(1), 111. https://doi.org/10.1177/0886260510362883

Stalker, C. A., Mandell, D., Frensch, K. M., Harvey, C., & Wright, M. (2007). Child welfare workers who are exhausted yet satisfied with their jobs: How do they do it? *Child & Family Social Work*, *12*(2), 182-191. https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00472.x

State of Victoria, Department of Health and Human Services. (2020). *Framework to reduce criminalisation of young people in residential care*.

Strolin, J. S., McCarthy, M., & Caringi, J. (2006). Causes and Effects of Child Welfare Workforce Turnover. *Journal of Public Child Welfare*, *1*(2), 29-52. https://doi.org/10.1300/J479v01n02_03

Tam, C. C., Abrams, L. S., Freisthler, B., & Ryan, J. P. (2016). Juvenile justice sentencing: Do gender and child welfare involvement matter? *Children and Youth Services Review*, *64*, 60-65. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.02.028

Turley, R., Roberts, S., Foster, C., Warner, N., El-Banna, A., Evans, R., Nurmatov, U., Walpita, Y., & Scourfield, J. (2022). Staff Wellbeing and Retention in Children's Social Work: Systematic Review of Interventions. *Research on Social Work Practice*, *32*(3), 281-309. https://doi.org/10.1177/10497315211052639

Ungar, M. (2015). Practitioner Review: Diagnosing childhood resilience – a systemic approach to the diagnosis of adaptation in adverse social and physical ecologies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(1), 4-17. https://doi.org/10.1111/jcpp.12306

UNICEF. (2020). *Piso de protección social orientado al cumplimiento de los derechos de la niñez* (p. 169).

UNICEF. (2021). *Limites¿Cómo ayudan los límites al desarrollo de la autonomía?*

Van der Kooij, I. W., Chotoe-Sanchit, R. K., Moerman, G., Lindauer, R. J. L., Roopnarine, J. R., & Graafsma, T. L. G. (2018). Perceptions of Adolescents and Caregivers of Corporal Punishment: A Qualitative Study Among Indo-Caribbean in Suriname. *Violence and Victims*, *33*(4), 686-707. https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-16-00222

Van Hook, M. P., & Rothenberg, M. (2009). Quality of life and compassion satisfaction/fatigue and burnout in child welfare workers: A study of the child welfare workers in community based care organizations in Central Florida. *Social Work & Christianity*, *36*, 36-54.

Vidal, S., Connell, C. M., Prince, D. M., & Tebes, J. K. (2019). Multisystem-Involved Youth: A Developmental Framework and Implications for Research, Policy, and Practice. *Adolescent Research Review*, *4*(1), 15-29. https://doi.org/10.1007/s40894-018-0088-1

Vitriol, V., Sciolla, A., Cancino, A., Contreras, F., Mansilla, C., Muñoz, M. I., Suazo, C., Jara, M., Vitriol, V., Sciolla, A., Cancino, A., Contreras, F., Mansilla, C., Muñoz, M. I., Suazo, C., & Jara, M. (2020). Cuidado Informado En Trauma: Un Modelo Emergente Para El Abordaje Del Subtipo Depresivo Con Historia De Adversdad Infantil. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *58*(4), 348-362. https://doi.org/10.4067/S0717-92272020000400348

Weiner, D. A., Schneider, A., & Lyons, J. S. (2009). Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes. *Children and Youth Services Review*, *31*, 1199-1205. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.08.013

Welsh Government and Youth Justice Board. (2014). *Children and Young People First* [Welsh Government and Youth Justice Board].

Whittaker, J. K., Holmes, L., del Valle, J. F., Ainsworth, F., Andreassen, T., Anglin, J., Bellonci, C., Berridge, D., Bravo, A., Canali, C., Courtney, M., Currey, L., Daly, D., Gilligan, R., Grietens, H., Harder, A., Holden, M., James, S., Kendrick, A., … Zeira, A. (2016). Therapeutic Residential Care for Children and Youth: A Consensus Statement of the International Work Group on Therapeutic Residential Care*. *Residential Treatment for Children & Youth*, *33*(2), 89-106. https://doi.org/10.1080/0886571X.2016.1215755

Working Group on Children without Parental Care. (2013). *Identifying basic characteristics of formal alternative care settings for children. A discussion paper – March 2013*. Save the Children's Resource Centre. https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/formal_care_settings_characteristics_march_2013_final1.pdf/